



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.  
 TEL. 2132-6890, FAX 2132-6891



**ORDEN DE COMPRA**

Nº 522  
 FECHA: 6 de Julio del 2015  
 SEÑORES: **RAF, S.A DE C.V.** Tel: 2133-3333 /Fax: 2213-3323  
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.  
 FORMA DE PAGO: CREDITO  
 DESPACHAR A: **ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.**  
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
150	Ominipaque 300mg/ml, frasco de 50 ml. Medio de Contraste radiológico uso endovenosos no iónico hidrosoluble Presentación: Frasco de 50 ml. Marca: GE Healthcare Origen: Irlanda Total.....	c/u.	\$ 15.50	\$ 2,325.00
AR. 2 cotiz.	<b>NIT: 0614-01467-001-2</b> <b>Vencimiento: 15-18 meses</b> Tiempo de entrega: 100 5 a 8 días Hábiles y resto 60 días hábiles Uso en: Imágenes Medicas S/C: 719			\$ 2,325.00

*2/06/2015  
10:32:04*

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:  
**1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén**  
 2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.  
 3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.**  
 4. Favor mencionar el número de la Orden de Compra.  
**El INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA**  
 Nota: se le comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera Nota autorizando al hospital su pago por vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y Número de la cuenta

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54108	\$2,325.-	15/Julio/2015	<i>[Signature]</i>



*15/7/2015*  
*[Signature]*  
 ADMINISTRACION