



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 946
 FECHA: 30 de Noviembre 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
25	Líquido Revelador/Reforzador X-Omat para procesadora automática Marca: Carestream, Origen: USA Vencimiento 12-15 meses Presentación : Set hacer 10 galones Total.....	c/u.	\$ 55.00	\$ 1,375.00
AR. 1 cotiz.	NIT: 0614-01467-001-2 Vencimiento: 12-15 meses Tiempo de entrega: 3-5 días Hábiles Uso en: Imágenes Medicas S/C: 987			\$ 1,375.00

Handwritten signature and date: 30/11/15

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
54107	\$1,375.00	30/11/15	<i>[Handwritten Signature]</i>



Handwritten date: 30/11/15

[Handwritten signature]
 ADMINISTRACION