



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



ORDEN DE COMPRA

N° 301
 FECHA: 15 de Marzo del 2016
 SEÑORES: **SISTEMS ENTERPRISE EL SALVADOR, S.A.** NIT: 0614-280706-105-5 Tel: / Fax: 2511-7377
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.
 FORMA DE PAGO: CREDITO
 DESPACHAR A: **SERVICIO DE INFORMATICA** 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
1	Cambio de ruta a cables multipares de Recursos Humanos y Bodega Intercambio de cable multipares aéreo que va desde distribuidor de cuarto 55 hacia distribuidor ubicado en bodegas (Administración) y conectarlo desde distribuidor de Bodega hacia distribuidor de recursos Humanos. Desinstalar cable aéreo de 10 pares que va desde distribuidor de cuarto 55 hacia distribuidor de Recursos Humanos. Instalar cable aéreo de 50 pares por nueva ruta que va desde distribuidor de cuarto 55 hasta distribuidor de Recursos Humanos INCLUYE: <ul style="list-style-type: none"> - 90 Metros de cable multipar de 50 pares aéreos - 2 reglatas tipo siemens de 35 pares - 6 preformadas - Accesorios varios de instalación - Mano de obra de instalación Total.....	c/u.	\$ 1,598.94	\$ 1,598.94
Roch. 1 Cotiz.	Garantía: 3 meses por desperfectos de fábrica Tiempo de entrega: 1 Semana Uso en: Servicio de Hospitalización, diagnóstico, Administrativo, y todo el Hospital S/C: 401			\$ 1,598.94

Handwritten: 15/03/2016
 31307

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	
54303	\$1,598.94	16/3/16	<i>[Handwritten Signature]</i>	<i>[Handwritten Signature]</i>
				ADMINISTRACION