



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



**ORDEN DE COMPRA**

(Reposición por entrega parcial)

Nº EcS-711

FECHA: 21 de Noviembre del 2016

SEÑORES: RAF, S.A. DE C.V.

Tel: / Fax: 2213-3422

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
3	Película Radiológica c/base poliéster c/ fluorescencia verde Tamaño 24 X 30 cms. Equivalente a 10 x 12" Presentación Caja por 100 Hojas Marca: Carestream Fabricado en: USA y/o Mexico	c/u.	\$ 47,50	\$ 142,50
4	Película Radiológica c/base poliéster c/ fluorescencia verde Tamaño 35 x 43 cms. Equivalente a 14 x 17" Presentación Caja por 100 Hojas Marca: Kodak/Carestream Fabricado en: USA y/o Mexico	c/u.	\$ 97,00	\$ 388,00
10	Película radiológica c/base poliéster c/ fluorescencia verde, tamaño 35 x 35 ms equivalente a 14 X 14" Presentación: Caja por 100 hojas Marca: USA y o/ México	c/u.	\$ 78,00	\$ 780,00
	Total.....			\$ 1,310,50
AR. 1 cotiz.	NIT: Vencimiento: 12-15 meses Tiempo de entrega: 3-5 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-96			

*Handwritten signature and date: 29/11/2016 8:54am*

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DÉ 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	\$ 1.310,50	29. NOV. 2016	<i>[Handwritten Signature]</i>

*Handwritten date: 29/11/2016*

*Handwritten signature*



ADMINISTRACION