



**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**  
**SAN SALVADOR,, EL SALVADOR, C. A.**  
**TEL. 21326890 FAX 21326891**

**URGENTE**

**ORDEN DE COMPRA**

**Nº RP 217 (DP)**

**FECHA: 4 DE MAYO -2012**

**SEÑORES: EQUIPOS ELECTRONICOS VALDES, S.A. DE C.V. NIT.0614-160277-001-5 TEL.2260 97 77**

**FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.**

**FORMA DE PAGO: CONTADO**

**DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS.**

**SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:**

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	<p><b>PROYECTOR EPSON POWERLITE X 12</b>  <b>CARACTERISTICAS :</b>  Hasta 2,800 lumens (ISO 21118 Standard) (Y OTROS)  <b>SEGÚN OFERTA PRESENTADA DE FECHA 3 DE MAYO/2012</b>  <b>GARANTIA: 2 AÑOS EN EL PROYECTOR, Y 3 MESES EN LA LAMPARA.</b></p> <p><b>ENTREGA. INMEDIATA.</b>  <b>S/C 530</b>  <b>USO. SUB-DIRECCION</b></p> <p>Sr. Proveedor se les 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 HSBC indicando el Nombre y Número de la Cuenta.  <b>SR.PROVEEDOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE QUE ENTREGUE EL PRODUCTO.</b></p>	c/u	\$745.80	<u>\$745.80</u>

*Handwritten notes:*  
 10/5/2012  
 10.23001

**Nota, Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:**

1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.**
3. Favor mencionar el número de la Orden de Compra.

**EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA**

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
01102	745.80	04/5/12	



*Handwritten signature and date:*  
 4/5/12