



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

**URGENTE**

**ORDEN DE COMPRA**

**Nº RP 531**

FECHA :11 DE SEPTIEMBRE-2012

SEÑORES: ICONOS S.A. DE C.V. NIT. 0614-091008-102-9 TEL. 22637541

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

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS.

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	IMPRESOR HP LASERJET PRO M401DW  CARACTERISTICAS Y ESPECIFICACIONES, SEGÚN OFERTA PRESENTADA FECHADA 07 DE SEPTIEMBRE DE 2012.  ENTREGA. INMEDIATA. <b>GARANTIA. 1 Año por desperfectos de Fábrica.</b>	C/U	\$333.35	<u>\$333.35</u>
ROCH 4-C-	s/c 939 USO. RECURSOS HUMANOS.  Sr. Proveedor tramitar quedan inmediatamente que entregue el producto. (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 HSBC indicando el Nombre y Número de la Cuenta.			

*Handwritten notes:*  
 11/09/12  
 12:21 PM

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
11104	\$333.35	11/9/12	<i>[Signature]</i>



10/9/2012

*[Handwritten signature]*

*Handwritten notes:*  
 11/9/12  
 1:35 PM