



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



MINISTERIO
DE SALUD

ORDEN DE COMPRA

Nº RP 99

FECHA: 28 DE OCTUBRE DEL 2019

SEÑORES: **CALCULADORAS Y TECLADOS, S.A. DE C.V. NIT.**

TEL. 2298-9066

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

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: **ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS**

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
2	<p><u>SOLICITAN:</u> 2. SILLAS TPO CAJERO SIN BRAZO, CON CAPACIDAD PARA 200 LIBRAS ERGONOMICA EJECUTIVAS.</p> <p><u>OFRECEN :</u> SILLA DE CAJERO MODELO A015</p> <ul style="list-style-type: none"> • SIN BRAZOS • ASIENTO Y RESPALDO CON CUBIERTA DE POLIPROPILENO • TAPIZADOS DE TELA NEGRO • CON ESPUMA RESISTENTE DE POLIURETANO DE 2" DE ESPESOR. • BASE DE 5 RODOS DE NYLON CON 30% FIBRA VETRO • 60 MM DE DIAMETRO, RODOS CON PINES DE ACERO DE 11 A 13 MM DE DIAMETRO • CON RADIO DE AL MENOS 25 MM • CUBIERTA Y RUEDA DE NYLON CON 30% FIBRA VETRO • SISTEMA DE PALANCA PARA LA REGULACION DE ALTURA • SISTEMA DE GAS QUE CUMPLE CON LA SOPORTE DE PESO 250-300 LIBRAS. • ALTURA DE ASIENTO AL PISO 66CM. (3 COTIZ.) <p>CALTEC, S.A., SE COMPROMETE A PRESENTAR CERTIFICADO DE GARANTIA DE BUEN FUNCIONAMIENTO Y CALIDAD DEL EQUIPO, LA CUAL TENDRA VIGENCIA DE 12 MESES.</p> <p>NO SE EXTIENDE A DEFECTOS POR USO: USO INDEBIDO O ABUSO CON LOS EQUIPOS, DAÑOS PROVOCADOS POR GOLPES O ACCIDENTES CIRCUNSTANCIALES, QUEBRADURAS O CORTADA POR EL MAL USO,</p> <p>DERRAMAMIENTO DE LIQUIDOS, USO NEGLIGENTE DEL EQUIPO INCENDIOS, HUELGAS, GUERRA, DESASTRES NATURALES U OTROS ACCIDENTES AJENOS AL CONTROL DE CALTEC, S.A. DE C.V.</p> <p>PASAN.....</p>	C/U	\$ 95.00	\$ 190.00

[Handwritten Signature]
28/10/19

VIENEN.....

NOTA: LAS SILLAS SON DE USO EXCLUSIVO PARA SENTARSE SOLAMENTE Y NO PARA HINCARSE O PARARSE EN ELLAS.

TODO EQUIPO SUJETO A GARANTIA SERA EFECTIVA EN NUESTRAS INSTALACIONES, POR CUAL SE LES SOLICITA TRAER LOS EQUIPOS CON SU RESPECTIVA FACTURA O CERTIFICADO DE GARANTIA.

TOTAL.....

\$ 190.00

USO: DEPARTAMENTO DE CITAS 1ER. Y 2DO. NIVEL

S/C: 722

TIEMPO DE ENTREGA: 3 DIAS HABILDES

Mjrdh

[Handwritten signature]
28/10/19

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

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
61101	\$190.00	29/10/19	<i>[Handwritten signature]</i>

[Handwritten signature]
Dr. Angel Ernesto Alvarado Rodríguez
DIRECCION
H.N.N.S.B.