



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.

TEL.: 2132-6890, FAX 2132-6891

ORDEN DE COMPRA

No.671 REPOSICION POR CANTIDAD A COMPRAR.

REPOSICION POR DISMINUIR CANTIDAD.

Fecha: 21 DE JULIO de 2014

Señores: COMPUSYM, S.A DE C.V. NIT. 0614-231105-102-5 tel. 2528-55 12 FX. 2260-1972

Facturar a nombre de: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

Forma de pago: CREDITO

Despachar a: ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS. HORA: 8:00 A.M. A 11 ½ A.M. Y 1.30 A 3:00 P.M.

Sírvase enviarnos lo siguiente:

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
22	*MOUSE OPTICOS, USB GENIUS (6 cotiz) Garantía 3 meses por desperfectos de fabrica.	C/U	\$ 4.65	\$ 102.30 ✓
8	*MEMORIA USB DE 32 GB (5 cotiz) Garantía 1 año por desperfectos de fábrica.	C/U	\$21.70	\$ 173.60 ✓
2	*ROLLO PARA INVIÑETADORA BRADY MODELO bmp21 PARA RED BLACK ON White ¼" NYLON CLOTH m21-750-499,19.1mm. (1 cotiz)	C/U	\$ 38.50	\$ 77.00 ✓
1	OPCION A: switch 24 puertos /dlk sw nadm des-1024 24-port fast Ethernet switch. Garantía 1 año por desperfectos de fabrica (5 cotiz)	C/U	\$49.10	\$ 49.10 ✓
22	*CONECTORES HEMBRA RJ-45 PARA CAJA(2cotiz) RECTANGULAR.	C/U	\$ 1.60	\$ 35.20 ✓
2	*COTAC-CLINER (etoch). (4cotiz)	C/U	\$ 6.30	\$ 12.60 ✓
1	*SISTEMA DE ALMACENAMIENTO EXTERNO 3.5 SIN DISCO (ENCLOSURE AGILER) Garantía 6 meses por desperfectos de fabrica) (4cot.		\$ 26.00	\$ 26.00 ✓
1	Quemadora de DVD Samsung Slim 8x externa USB 2.0 (se- 208db/tsbs. Garantía 1 año por desperfectos de fabrica (4cotiz)	C/U	\$ 33.90	\$ 33.90 ✓
1	*ESTUCHE PARA RED (KIT DE HERRAMIENTA GENERICO PARA RJ45) (2cotiz)	C/U	\$ 86.50	\$ 86.50 ✓
1	*OPCION B: CABLE HDMI DE 15 MTS NIPPON AMERICA (3cotiz)		\$ 37.50	\$37.50
2	OPCIÓN B: SWITCH USB (HUB DE 7 PTOS MARCA IMEXX) (3 cotiz)		\$ 11.80	\$ 23.60 ✓

2	CAJAS ESPUMA PARA LIMPIEZA DE COMPUTADORAS (4 cotiz) Total..... Uso: Equipos Servicios del Hospital S/C 359: Informática Tiempo de entrega: 2 a 3 DÍAS HABLES LUEGO DE ENTREGADA LA ORDEN DE COMPRA. Sr. Proveedor tramitar quedan inmediatamente Que entreguen el producto. (Se le comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a la Unidad Financiera NOTA autorizando al Hospital su pago por vía electrónica a través del Banco DAVIVIENDA indicando el Nombre y Número de la cuenta.	\$ 4.60	\$9.20 ✓ <u>\$ 666.50</u> ✓
---	---	---------	------------------------------------

Roch


7/16/09/14
3º 13PM

Nota: Sr. Proveedor, al recibir esta orden de compra se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la empresa.
2. Para efectos de cancelación. Facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
3. Favor mencionar el número de orden de compra.

El incumplimiento de la entrega obliga al hospital a anular esta orden de compra.

IMPUTACION PRESUPUESTARIA

ESPECIFICO	VALOR	Vº Bº CONTABILIDAD	OBSERVACIONES CONTABILIDAD	
54115	\$ 666.50	cf	17/9/14	 ADMINISTRACION 