



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº RPI-267

FECHA: 12 de Noviembre del 2014

Tel: / Fax: 2213-3422

SEÑORES: **RAF, S.A. DE C.V.**

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
125	Omnipaque 300mg/ ml. frasco de 50ml. Medio de Contraste radiológico uso endovenoso no iónico hidrosoluble Presentación: Frasco de 50 ml. Marca: GE Healthcare Fabricado en: Irlanda Total.....	c/u.	\$ 14.25	\$ 1,781.25
AR. 1 cotiz.	<b>NIT: 0210-260371-001-6</b> Vencimiento: 15-18 meses Tiempo de entrega: 5-8 día hábiles Uso en: Imágenes Médicas S/C: 1091			\$ 1,781.25

*Handwritten notes:*  
 17/11/2014  
 11:52AM

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

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
54113	\$ 1,781.25	19/11/2014	<i>[Signature]</i>



*Handwritten:* 19/11/2014  
*Signature*  
 ADMINISTRACION