



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RP 18

FECHA: 15 DE ABRIL DE 2015

SEÑORES: SOLUCIONES DE SEGURIDAD INFORMATICA, S.A. DE C.V. TELFX., 2525 43 00

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
1	Renovación por 1 año de SonicWALL NSA 3500 Nota. Se incluye soporte por 1 año de la herramienta, licencias del Firewall por 1 año. (1 cotiz)	c/u	\$3,991.85	\$3,991.85
323	Licencias de McAfee Complete Endpoint protection for business Suite incluye virusScan Enterprise, VirusScan Command Line, Endpoint protection for MAC, Host intrusion prevention for Desktops, Deep defender, Desktop Firewall, SiteAdvisor Enterprise with Web Filtering, Device control, Drive Encryption, file & removable Media Protection, Management of Native Encryption, VirusScan for Linux, McAfee Security for Email Servers with AntiSpam, Security for Microsoft Sharepoint, VirusScan Enterprise for Storage, Enterprise Mobility management. Nota. Se incluye soporte por 1 año de la herramienta, configuración y capacitación.	c/u	\$ 16.81	<u>\$5,429.63</u>
RoCh. 2-C	Total..... NIT: 0614-090104-105-7 Tiempo de entrega: 5 DÍAS CALENDARIO Uso en: INFORMATICA S/C: 260			<u>\$9,421.48</u>

Handwritten notes:
 16/04/2015
 35 237m

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
61403	\$ 9,421.48	17/abr/2015	<i>[Signature]</i>

[Signature]



ADMINISTRACION
 SUBDIRECTOR, H.N.N.B.B.
 J.V.P.M. No. 1878