



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

**URGENTE**

**ORDEN DE COMPRA**

**Nº RP 419**

FECHA :16 DE OCTUBRE DE 2013

SEÑORES : ASISTENCIA TECNICA, S.A DE C.V. NIT. 0614-270698-103-0 TEL. 2280-5455 54 54

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	<p>IMPRESOR LASER MONOCROMATICO  MARCA. HP  MODELO: LASER P1606DN  # DE PARTE : CE749A  Velocidad de impresión de 26ppm ciclo de impresión mensual de 250 a 2000 paginas.  Bandeja: 250 PAGINAS  Impresión a doble cara ó dúplex integrado.  ESPECIFICACIONES TECNICAS SEGÚN OFERTA PRESENTADA DE FECHA 26 DE JUNIO DE 2013.  <b>GARANTIA. 1 AÑO DE GARANTIA EFECTUADA POR DESPERFECTOS DE FABRICA.</b>  <b>S/C 717 USO. Laboratorio de CITOGENETICA.</b>  <b>ENTREGA. 2 A 5 DIAS HABILES.</b>  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 DAVIVIENDA indicando el Nombre y Número de la Cuenta.</p>	C/U	\$183.70	<u>\$183.70</u>

ROCH  
3-C-

*24/10/13 4:31 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
01104	\$183.70	23/10/13	<i>[Signature]</i>

*24/10/2013*  
*[Signature]*