



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
 TEL. 2132-6952 FAX 2132-6891



ORDEN DE COMPRA No. 319

FECHA: 13 DE ABRIL 2016
 SEÑORES: COMPRES, S.A. DE C.V. NIT:
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 FORMA DE PAGO: CREDITO TE. 2246-6666 FAX. 2246-6677
 DESPACHAR A: ALMACÉN DE MANTENIMIENTO EN HORARIO DE 7:30 AM A 1:30PM A 11:30 AM A 3:00PM
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:


| CANTIDAD | DETALLE | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|----------|---|------|-----------------|--------------|
| 1 | COMPRESOR REFRIGERADO HGE 100-125 | C/U | \$ 593,25 | \$ 593,25 |
| 1 COTZ. | TIEMPO DE ENTREGA: 6-7 SEMANAS SOLC. 182/16M03 USO EN: SISTEMA DE SECADO DE AIRE MEDICO | | | |
| RM | | | TOTAL | \$ 593,25 |

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- Favor mencionar el número de la Orden de compra

Sr. Proveedor para agilizar el pago será necesario entregar en la oficina de la Unidad Financiera Institucional (UFI) nota autorizando al Hospital para que se les cancele vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de cuenta.

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

| COMPROMISO PRESUPUESTARIO N° | ESPECIFICO | VALOR | FECHA Y FIRMA | ADMINISTRACIÓN |
|------------------------------|------------|----------|---------------------------|--|
| | 54119 | \$593.25 | 14/4/16 <i>[Firma]</i> |  13/4/2016 <i>[Firma]</i> |
| | . | | | |