



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



ORDEN DE COMPRA No. 326

FECHA: 21 DE ABRIL DE 2016
 SEÑORES: GRUPO 360, S.A. DE C.V. NIT: _____
 FORMA DE PAGO: CREDITO TE. 2243-9826 FAX. 2243-9826
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 DESPACHAR A: ALMACEN DE MANTENIMIENTO EN HORARIO DE 7:30 AM A 1:30PM A
 11:30 AM 3:00PM
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
4	KIT DE REPUESTOS (FESTO)ADN 40-80-A-P-A 536298 C 108 (PMAX 10 BAR) ADN-80-30-IP	C/U	\$ 155,00	\$ 620,00
4	KIT DE REPUESTOS (FESTO)ADN 80-30-I-P-A 536367 C 108 (PMAX 10 BAR)	C/U	\$ 335,00	\$ 1.340,00
1 COTZ.	TIEMPO DE ENTREGA: 30 DIAS HABILES			
RM	SOLIC. 390/16M26 USO EN: LAVANDERIA			
	TOTAL			\$ 1.960,00


Recibido 22/04/2016 2:37pm

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
	54118	\$1,960.00	22/4/16 <i>[Firma]</i>	 25/4/2016 <i>[Firma]</i>