



ORDEN DE COMPRA No. 356

FECHA: 02 DE MAYO DE 2016
 SEÑORES: **INFRA DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.** NIT:
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2234-3264 FAX. 2235-3069
 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
2	REMACHE POP 3/16 X 1/4" (100 UNIDADES) MARCA: BESTVALUE,(3 COTIZ)	C/U	\$ 1,70	\$ 3,40 ✓
2	REMACHE POP 3/16 X 3/8" (100 UNIDADES) MARCA: BESTVALUE (3 COTIZ)	C/U	\$ 1,60	\$ 3,20 ✓
2	REMACHE POP 1/4 X 1/4" (100 UNIDADES) MARCA: BESTVALUE (3 COTIZ)	C/U	\$ 0,90	\$ 1,80 ✓
2	REMACHE POP 1/4 X 3/8" (100 UNIDADES) MARCA: BESTVALUE (3 COTIZ)	C/U	\$ 0,80	\$ 1,60 ✓
5	VARILLAS DE BRONCE PARA SOLDAR CON REVESTIMIENTO, MARCA: HARRIS (1 COTIZ) <small>TIEMPO DE ENTREGA: 30 DIAS HABILES DESPUES DE LA ENTREGA DE LA ORDEN DE COMPRA</small>	C/U	\$ 9,50	\$ 47,50 ✓
RM	SOLIC. 215/16M07 USO EN: DIFERENTES AMBIENTES DEL HOSPITAL			
TOTAL				\$ 57,50 ✓

17/05/16 9:39 AM

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA 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

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 PRESUPUETARIO N°	ESPECIFICO	VALOR	FECHA Y FIRMA	ADMINISTRACIÓN
	54112	\$57.50	17/05/16 <i>Ched</i>	 17/5/2016 <i>[Signature]</i>