



ORDEN DE COMPRA No. 571

FECHA: 26 DE AGOSTO 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: DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO EN HORARIO DE 7:30 AM A 11:30 AM 1:30PM A 3:00PM
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	<p>SUMINISTRO E INSTALACION DE 3 EXTRACTORES TUBULAR</p> <p>EXTRACTOR TUBULAR MODELO TD -500 DE 2289 RPM, MOTOR DE 65 WATT A 127 VOLTIOS MONOFASICOS DE 60 HZ. CAUDAL DE 293 CFM</p> <p>DESCRIPCION DEL TRABAJO: MONTAJE DE EXTRACTOR TUBULAR ENTRE CIELO FALSO MONTAJE DE EXTRACCION DE TUBERIA DE PVC MONTAJE DE CANALIZACION, TUBERIA DE EXTRACCION CON TOMA EN CONSULTORIO MONTAJE DE CIRCUITO DE APAGADO Y ENCENDIDO LED CABLEADO CON SUMINISTRO ELECTRICO A 30 MT. DEL PUNTO DE CONECCION CABLEADO CON TSJ 3 X 10 CON TECNODUCTO Y GRAPAS CONDUIT COLOCACION DE REGILLA DE SALIDA DE EXTERIOR REDUCCION DE TUBO DE 4 PULGADAS A 1N SE HARÁ ESTE PROCESO PARA LAS AREAS DE ODONTOLOGIA PROCEDIMIENTOS, 1 SALA DE RECUPERACION DE OFTALMOLOGIA Y ENDOSCOPIA 1 TOMA DE EXTRACCION SERA SUMINISTRADO POR EL HOSPITAL LA PRESENTE OFERTA INCLUYE 3 EXTRACTORES NUEVOS LOS CUALES SERAN SUMINISTRADOS E INSTALADOS. TIEMPO DE ENTREGA: EXISTENCIA LOCAL 1, LOS OTROS DOS SE ENTREGARAN EN UN MAXIMO DE 5 SEMANAS, SUMINISTRO COMPLETO 7 DIAS HABILIS EJECUCION DE LOS MONTAJES . SOLUC. 765/16MA5 USO EN: OTORRINO Y OFTALMOLOGIA CX. ANEXO</p> <p style="text-align: right;">TOTAL.....</p>	C/U	\$ 6.400,00	\$ 6.400,00
				\$ 6.400,00

Handwritten notes:
 29/08/16
 2:49 PM

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
	54118	\$6,400.00	30/8/16 <i>[Signature]</i>	<i>[Stamp]</i>