



**ORDEN DE COMPRA**

RP 29

FECHA: 26 DE ENERO DEL 2017

SEÑORES: GRUPO 360, S.A. DE C.V. NIT: TEL: 2243-9826

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS DIVERSOS HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00 P.M.

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U/M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	CONGELADOR HORIZONTAL COLOR BLANCO (FRIGIDAIRE) CAPACIDAD DE PIES CUBICOS 15 4 CANASTAS, 1 PUERTA, CON LLAVE PARA MAYOR SEGURIDAD TERMOSTATO AJUSTABLE CONGELACION RAPIDA Y EFICIENCIA ENERGETICA VOLTAJE 120 FRECUENCIA 60 HZ ( 4 Cotiz)  Tiempo de Entrega: 3 días hábiles Tiempo de garantía: 1 año por desperfectos de fábrica  TOTAL.....	C/U	\$ 975.00	\$ 975.00
Mjrdh	USO: SERVICIO DE ALIMENTACION Y DIETAS S/C: 116			\$ 975.00

*2/1/2017*  
*21/10/2017*  
*2,477.24*

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.D.E.C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén
2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.**
4. Favor mencionar el número de la Orden de Compra.

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

Nota: se le comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
21102	\$ 975.-	26-Enero-2017	<i>[Signature]</i>

*1/2/017*  
  
 ADMINISTRACION