



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.

TEL. 2132-6892, FAX 2131-8891



ORDEN DE COMPRA No. 737

FECHA: 1 DE SEPTIEMBRE DE 2014
SEÑORES: COMPRESORES REPLETOS Y SERVICIOS, S.A. DE C.V. NIF: 0614-010200-105-0
FACTURAR A: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2246-6666 FAX. 2246-6677
DESPACHAR A: ALMACEN DE MANTENIMIENTO
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
	PARA COMPRESOR AIRE MEDICO NUEVO			
1	KIT DE FILTRO DE AIRE /ACEITE P/GA11 - GA22 + (1613872000.2903783600)	KIT	\$ 197,75	\$ 197,75
1	KIT SEPARADOR DE ACEITE P/GA22+	KIT	\$ 483,24	\$ 483,24
1	KIT MINIMA PRESION ROSCADA GA11-22	KIT	\$ 141,25	\$ 141,25
1	KIT UNLOANDIN VALVÉ GA11+A GA30: GA15S A GA22S	KIT	\$ 372,90	\$ 372,90
1	CUBETA DE ACEITE DE 5 GALONES ROTO XTEND DUTY FLUID FLUID DE 8000 HORAS ROTO EXTEND DUTY FLUID	CUBETA	\$ 700,60	\$ 700,60
	PARA COMPRESOR DE USO GENERAL VIEJO			
1	ELEMENTO SEPARADOR P/GA11-22 P/VALVULA DE MINIMA EMPERNADA (1622007901)	C/U	\$ 551,44	\$ 551,44
1	KET PARA VALVULA DE DESCARGA P/GA11-22	KIT	\$ 455,39	\$ 455,39
1	FILTRO DE ACEITE MARCA ATLAS COPCO DE COMPRESOR	C/U	\$ 84,75	\$ 84,75
1	FILTRO DE AIRE GA22 use 89295976	C/U	\$ 70,55	\$ 70,55
1	KIT DE VALVULA DE MINIMA PRESION GA11-22 EMPERNADA	KIT	\$ 142,33	\$ 142,33
	ENTREGA: INMEDIATA			
1 COTIZ.	SOLIC. N° 278/14M16 USO: MECANICA GENERAL			
	SR. PROVEEDOR FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE ENTREGUE TRABAJO			
			TOTAL.....	\$ 3.200,20

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

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

Sr. Proveedor para agilizar el pago será necesario nos proporcione nota autorizando al Hospital para que se les cancele vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de cuenta.

COMPROMISO PRESUPUESTARIO	ESPECIFICO	VALOR	FECHA Y FIRMA	
	54118	\$3.200,20	 9/5/14	 9/9/14 ADMINISTRACIÓN