



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
TELEFONO: 2132-6890, FAX: 2132-6891



ORDEN DE COMPRA RP-40

FECHA: 11 DE ABRIL 2016

SEÑORES:

B BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA
& CARIBE, S.A. DE C.V.
TELEFONO: 2524-4000, FAX: 2264-9825

NIT:

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESFACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

HORARIO DE ATENCIÓN: DE 7:30 A.M A 11:30 A.M. 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
60	LÍPIDOS 20% (TCM 50% Y TCL 50% FCO. 500 ML, LÍPIDOS AL 20% MCT/LCT, EMULSION USO PARENTERAL FRASCO 500 ML. (LIPOFUNDIN), 1 COT. MARCA: B/BRAUN, ORIGEN: ALEMANIA/OTROS PAISES USO EN: HOSPITALIZACION SOLICITUD DE COMPRA : 423/2016. S/M : 43/2016 ENTREGA: EN 5 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 18.00	\$ 1,080.00
SO.			TOTAL...	\$1,080.00

NOTA: SEÑOR PROVEEDOR AL RECIBIR ESTA ORDEN DE COMPRA, SE REQUIERE EL ESTRICTO 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 DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
14/4/16	\$ 1,080.00	54108		<div>14/4/2016 ADMINISTRACIÓN</div>