



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



## ORDEN DE COMPRA RP-96

FECHA: 31 DE AGOSTO DE 2015

**SEÑORES:** **B BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE,** **NIT: 0614-160987-002-7**  
**S.A. DE C.V. TELEFONO: 2524-4000,, FAX: 2264-9825**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE HORARIO DE ATENCION: DE 7:30 A.M A 11:30 A.M. 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
181	LIPIDOS 20% (TCM 50% Y TCL 50% FCD. 500 ML. LIPIDOS AL 20% MCT/LCT. EMULSION USO PARENTERAL FRASCO 500 ML. (LIPOFUNDIN) 1 COT.  MARCA: B/BRAUN, ORIGEN: COLOMBIA/ALEMANIA/OTROS PAISES.  USO EN: NUTRICION PARENTERAL  SOLICITUD DE COMPRA : 796/2015. AM : 114/2015  ENTREGA: 1) EN 20 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 via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indiccando 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	\$ 3,258.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL.....</b>	<b>\$3,258.00</b>

*Handwritten notes:*  
 02/09/15  
 9:37am

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 ESTÁ ORDEN DE COMPRA.

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
02/09/15	\$3,258.00	54108	<i>[Signature]</i>	2/9/2015 <i>[Signature]</i> ADMINISTRACIÓN