



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



ORDEN DE COMPRA RP-240

FECHA: 04 DE NOVIEMBRE DE 2015

SEÑORES:

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

NIT: 0614-160987-002-7

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
60	LIPIDOS 20% (TCM 50% Y TCL 50% FCO. 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: 10516/2015, AM: 150/2015. ENTREGA: EN 35 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 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	\$ 17.00	\$ 1,020.00
SO.			TOTAL...	\$1,020.00

2 *13/11/15* *1:17PM*

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	
13/11/15	\$ 1,020.00	54113	<i>[Signature]</i>	 <i>13/11/2015</i>
				ADMINISTRACION