



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



ORDEN DE COMPRA

Nº 938
 FECHA: 26 de Noviembre del 2015
 SEÑORES: **B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE** Tel: 2524-4000/ Fax: 2264-9825
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.
 FORMA DE PAGO: CREDITO
 DESPACHAR A: ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS 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
2,000	Apósitos de desc. 6 x7 (Tegaderm) Ofrecen: Apósitos transparentes de poliuretano semipermeable 6 x7 cm empaque individual estéril (ASKINA) DERM 6 X7 CM Marca: B. Braun Origen: Irlanda Total.....	c/u.	\$ 0.55	\$ 1,100.00
AR. 5 cotiz.	NIT: 0614-160987-002-7 Vencimiento: No menor a 18 meses Tiempo de entrega: 3 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-106			\$ 1,100.00

Handwritten signature and date: 26/11/15 3:44 PM

Para Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE 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 Nota autorizando al hospital su pago por vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y Número de la cuenta

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54113	\$1,100. ⁰⁰	27/11/15	<i>[Handwritten Signature]</i>

[Circular Stamp: INSTITUCION NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM, SAN SALVADOR]
[Handwritten Date: 27/11/2015]
[Handwritten Signature]
ADMINISTRACION