



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº 53

FECHA: 26 de Enero del 2016

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 |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|--------------|
| 30              | Catéter Venoso Central Triple-Lumen 5 Fr de Ofrecen: Catéter de PUR para acceso Venoso central, con técnica de seldinger Pediátrico de tres lúmenes ( 22G, 22G, 20G), 5F, 13 cm, con longitud, dilatador, introductor, aguja guía metálica punta en J dispositivos de fijación a piel radiopaco, control de posición a través del registro de EKG, ( Certofix Trio Ped S 513 Marca: B/Braun Origen: Alemania.<br>Total..... | c/u. | \$ 50.00        | \$ 1,500.00  |
| AR.<br>2 cotiz. | NIT: 0614-160987-002-7<br>Vencimiento: No menor de 18 meses<br>Tiempo de entrega: 3 días hábiles<br>Uso en: Servicio de Hospitalización<br>S/C: IM-1                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |                 | \$ 1,500.00  |

*27/01/16  
8:31 AM*

Nota. 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      | \$ 1,500.00 | 27/1/16 | <i>[Firma]</i> |
|            |             |         |                |
|            |             |         |                |
|            |             |         |                |



*28/1/2016*

ADMINISTRACION