



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



ORDEN DE COMPRA

N° EcS-716

FECHA: 21 de Noviembre del 2016

SEÑORES: **B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A DE C.V.** 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
40	Catéter Intravenoso de doble Lumen 5-5,5 Fr. 13-18 cm emp. Ind. Est. Desc. Ofrecen: Cateter de Poliuretano para acceso Venoso central, con técnica de seldinger, pediátrico, de dos lúmenes (18 G, 20G), 5 F 13 cm. Con dilatador, introductor, aguja guía metálica punta en j dispositivos de fijación a piel, radiopaco control de posición a través del registro de EKG (Certofix Duo PAED S 513 Marca: B/Braun Origen: Alemania/otros países	c/u.	\$ 43.00	\$ 1,720.00
3,000	Jeringas 50-60 ml. c/ adaptador luer lock sin aguja transparente p/ perfusora, emp. Ind. Est. Desc. Ofrecen: Jeringa transparente de 50 ml. Para bomba perfusora, con y/o sin aguja, con adaptador luer lock, graduada, empaque individual estéril Marca: B/Braun Origen: Alemania/ otros países	c/u.	\$ 1.50	\$ 4,500.00
	Total.....			\$ 6,220.00

AR.
1 cotiz.

NIT:
Vencimiento: No menor de 18 meses
Tiempo de entrega: 3 días hábiles
Uso en: Servicio de Hospitalización
S/C: IM-66

Handwritten notes:
B. Braun
23/11/16
4:35 PM

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

L. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén

- 1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- 1. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- 1. 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	\$6,220.00	24/11/16	<i>[Signature]</i>

ADMINISTRACION

