



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

Ministerio de Salud



**ORDEN DE COMPRA RP- 534 (RP1)**

FECHA: 14 DE SEPTIEMBRE DE 2012

SEÑORES: **DISMED S.A DE C.V.** **0614-160987-002-7**  
**TELEFONO: 2524-4006, FAX: 2273-2352**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO: CRÉDITO

DESPACHAR A ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
60	LIPIDOS AL 20% EMULSION GRASAS LIPOFUNDIN MCT/LCT 20% ; FRASCO DE VIDRIO DE 500ML, LIPOFUNDIN AL 20%, PRESENTACION CAJA X 10 FRASCOS, VENCIMIENTO NO MENOR A 18 MESES  MARCA: BBRAUN ORIGEN: ALEMANIA.  TIEMPO DE ENTREGA: 1 DIA HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.  USO: HOSPITALIZACION S/C No. 119/2012 ALMACEN DE MEDICAMENTOS  NOTA: FAVOR DE FIRMAR QUELUN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO. ASIMISMO SE LES COMUNICA QUE PARA AGILIZAR EL PROCESO DE FACTURAS SERA NECESARIO PROPORCIONE A LA UNIDAD FINANCIERA NOTA AUTORIZANDO AL HOSPITAL PARA QUE SE LES CANCELE VIA ELECTRONICA POR EL BANCO HSBC INDICANDO EL NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA.	C/U	\$17,00	\$1.020,00
1 COTZ.				
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$1.020,00</b>

Nota: Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O. DE C. SE REQUIERE EL 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 al número de la Orden de compra

**EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
14/9/12	\$1,070. <sup>00</sup>	54113		14/9/2012 
				ADMINISTRACIÓN

