



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
 TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891



ORDEN DE COMPRA NO. 137

FECHA: 03 DE MARZO DEL 2017
 SEÑORES: B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A DE C.V. NIT:
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2524-4000 FAX. 2264-9825
 DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE: 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
60	LIPIDOS 20% (TCM 50% Y TCL 50%) FCO. 500ML LIPIDOS AL 20% MCT/LCT, EMULSION USO PARENTERAL FCO. 500ML. (LIPOFUNDIN), MARCA: B/BRAUN ORIGEN: ALEMANIA/OTROS PAISES. (1 Cotiz.)	C/U.	\$18.00	\$1,080.00
TOTAL				<u>\$1,080.00</u>
ENTREGA: 8 días hábiles USO EN: Hospitalización				
Solic. 01/02/2017 mep./	NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

Handwritten: 2/07/17 4:04pm

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA 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 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 pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO
3/3/17	<i>[Signature]</i>	\$ 1,080.00	54108

Handwritten: 3/3/2017
 ADMINISTRACIÓN