



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

MINISTERIO DE SALUD  
 REPUBLICA DE  
**EL SALVADOR**  
 UNIDOS CRECIMOS Juntos

**ORDEN DE COMPRA**

N° RPI-142

FECHA: 21 de Octubre del 2016

SEÑORES: **B. BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A. DE C.V.** Tel: 2524-40000 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 triple lumen 5 Fr. 13-18 cm emp. Ind. Desc. Ofrecen: Catéter de PUR para acceso venoso central, con técnica de seldinger pediátrico de tres lúmenes ( 22G, 22G,20G)5 F, 13 cm. con dilatador, introductor, aguja , guía metálica punta en J dispositivo de fijación a piel Radiopaco, control de posición a través de registro de EKG ( Certofix Trio Ped S513 ) Marca: B/Braun Origen: Alemania /Otros Países Total.....	c/u.	\$ 50.00	\$ 2,000.00
AR. I cotiz.	NIT: Vencimiento: No menor de 18 meses Tiempo de entrega: 3 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-63			\$ 2,000.00

*Handwritten notes:*  
 25/10/2016  
 2:42pm

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:  
**1. Sr. Proveedor adjunto a la factura debe presentar la declaración Jurada firmada por el representante legal según el formato que se adjunta a la orden de compra y 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	\$ 2,000.-	26-Oct-2016	<i>[Signature]</i>

26/10/2016  
  
 ADMINISTRACION