



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



**ORDEN DE COMPRA No.35**

**FECHA:** 22 DE ENERO DE 2019  
**SEÑORES:** B.BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, NIT:  
**S.A DE C.V.**  
**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
240	LIPIDOS (20-30)%, (TCM 50% Y TLC 50%) EMULSIÓN PARENTERAL, FRASCO BOLSA 500ML, PROTEGIDO DE LA LUZ.  OFRECEN: LÍPIDOS AL 20% MCT/LCT, EMULSIÓN USO PARENTERAL FRASCO 500 ML (LIPOFUNDIN) MARCA: B BRAUN ORIGEN: ALEMANIA/OTROS PAISES FABRICANTES. VENCIMIENTO: NO MENOR A 14 MESES.	C/U	\$18.00	\$4,320.00
	TOTAL .....			<u>\$4,320.00</u>
N°cotiz. 1 Solic. 02-002-2019 oeli./	ENTREGA: 5 DIAS HÁBILES USO EN: Hospitalización  NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.	<i>[Handwritten Signature]</i> 22/01/19 4pm.		

**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.**

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO	
23 ENE 2019	<i>[Handwritten Signature]</i>	\$ 4320.-	54113	  <b>ADMINISTRACIÓN</b>