

## Hospital nacional de Niños Benjamin Bloom *SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A. TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891*



| മ | DUEN             | ne     | COMPRA                | Ala.       | 470RD          |
|---|------------------|--------|-----------------------|------------|----------------|
|   | B 11 B-2 B- B 12 | 2L-975 | ACP ACP BRIDE BUT WAS | H 739 CL D | # /K-    W. II |

FECHA:

20 DE NOVIEMBRE DE 2019

SEÑORES:

B.BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & NIT:

CARIBE, S.A DE C.V.

FACTURAR A NOMBRE DE: FORMA DE PAGO: CREDITO HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

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<br>UNITARIO | PRECIO TOTA |
|----------------------|---|----------|--------------------|-------------|
| 100                  | PARACETAMOL 10MG/ML SOLUCIÓ INYECTABLE I.V FRASCP<br>(50-100) ML                    | C/U      | \$6.00             | \$600.00    |
|                      | ofrecen: Paracetamol 10mg/ml solución inyectable<br>I.v Frasco ecoflac plus 100ml.  |          |                    |             |
| ·                    | MARCA: B BRAUN<br>ORIGEN: ALEMANIA/OTROS PAISES FABRICANTES<br>VENCIMIENTO: 06/2021 |          |                    |             |
|                      |   |          |                    |             |
|                      |   |          |                    |             |
|                      | TOTAL ,   | j        | ]                  | \$600.00    |
|                      | ENTREGA: 3 DIAS HÁBILES DESPUÉS DE RECIBIR ODC<br>USO EN: Hospitalización           |          | 7                  |             |
| rcotiz. 2<br>olîc.   | NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE  |          |                    |             |
| 9-1005-2019<br>eli./ | DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.   | 21/11/19 |                    |             |

MOTA: 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.

| ESPECIFICO | VALOR    | FECHA   | FIRMA   | $\wedge$                               |
|------------|----------|---------|---------|--|
| 54108      | \$600.00 | zi/ulis | Glass . | DIRECCIÓN.                             |
|            |          |         |         | \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\ |