



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



ORDEN DE COMPRA RP-06

FECHA: 12 DE FEBRERO DE 2015

SEÑORES: **B BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE,** NIT: 0614-160987-002-7
S.A. DE C.V. TELEFONO: 2524-4000,, FAX: 2264-9825

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE HORARIO DE ATENCION: DE 7:30 A.M A 11:30 A.M. 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
240	LIPIDOS 20% (TCM 50% Y TGL 50% FCO. 500 ML. LIPIDOS AL 20% MCT/LCT, EMULSION USO PARENTERAL FRASCO 500 ML. (LIPOFUNDIN) 1 COT.	C/U	\$ 18.00	\$ 4,320.00 ✓
340	SOLUCION DE AA ESENCIALES Y NO ESENCIALES PARA NUTRICION PARENTERAL EN PEDIATRIA FCO. DE 500 ML. TROPHAMINE 6% (1 COT.)	C/U	\$ 35.00	\$ 11,900.00 ✓
280	SOLUCION DE AMINOACIDOS CRISTALINOS SIN ELECTROLITOS 10% FCO. DE 500 ML. AMINOPLASMAL AL 10% SIN ELECTROLITOS (1 COT.) MARCA: B/BRAUN, ORIGEN: COLOMBIA/ALEMANIA/OTROS PAISES. USO EN: NUTRICION PARENTERAL SOLICITUD DE COMPRA : 22B/2015, AM : 21/2015 ENTREGA: 1) EN 3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. 2 Y 3) EN 45 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente despues de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTÁ ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 14.00	\$ 3,920.00 ✓
SO.			TOTAL.....	\$20,140.00 ✓

Handwritten notes:
 2/11/02/15
 11/02/15
 11/02/15

NOTA: SEÑOR PROVEEDOR AL RECIBIR ESTÁ ORDEN DE COMPRA, SE REQUIERE EL ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- Favor mencionar el número de la Orden de compra

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

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
11/02/15	\$20,140.00	54108		 ADMINISTRACIÓN