



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



**ORDEN DE COMPRA**

N° 351

FECHA: 29 de Mayo del 2015

SEÑORES: **B. BRAUN MEDICAL, CENTRAL AMERICA & CARIBE**

Tel: 2524-4000/ 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
650	Lineas para bomba de perfusión transparente ofrecen: Extensor transparente , para jeringa transparente de bomba perfusora, con adaptador luer lock longitud de 150cm empaque individual estéril descartable Total.....	c/u.	\$ 1.50	\$ 975.00
AR. 2 cotiz.	NIT: 0614-160987-002-7 Vencimiento: No menor a 18 meses Tiempo de entrega: <b>20 días hábiles</b> Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-33			\$ 975.00

*Handwritten signature and date: 12:05 PM 01/06/2015*

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

**1. Sr. Proveedor 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	\$ 975.00	02/06/15	<i>[Handwritten Signature]</i>



*Handwritten date: 3/6/2015*

*Handwritten signature*

ADMINISTRACION