



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



**ORDEN DE COMPRA**

Nº 453  
 FECHA: 24 de Junio 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.  
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD        | DETALLE                                                                                                                                                                           | U.M  | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------|--------------|
| 600             | Agujas de puncion Lumbar 22g X 1 1/2" Ofrecen: Aguja de punción lumbar 22g X 1 1/2" empaque individual estéril descartables (Spinocan) Marca: B Braun Origen: Alemania Total..... | c/u. | \$ 1.35         | \$ 810.00    |
| AR.<br>1 cotiz. | NIT: 0614-160987-002-7<br>Vencimiento: No menor a 18 meses<br>Tiempo de entrega: 15 días hábiles<br>Uso en: Servicio de Hospitalización<br>S/C: IM-50                             |      |                 | \$ 810.00    |

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      | \$ 810.00 | 29/6/15 |       | <br>30/6/2015<br><br>ADMINISTRACION |
|            |           |         |       |                                     |
|            |           |         |       |                                     |
|            |           |         |       |                                     |
|            |           |         |       |                                     |