



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

TEL. 2132-6890, FAX 2132-68-91

URGENTE

ORDEN DE COMPRA

Nº RP-431

FECHA: 22 de Octubre del 2013

SEÑORES: **B.BRAUN MEDICAL CENTRAL AMERICA & CARIBE, S.A. DE C.V.** Teli / Fax: 2524-4000

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: **ALMACEN DE INSUMOS MEDICOS**

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD | DETALLE | U.M | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|-----------------|--|------|-----------------|--------------|
| 43 | Set de Transferencia ofrecemos: Set de Transferencia ventilado (con espiga ventilado) Presentación caja x 10 und.) código: 2112341 Marca: B/Braun Origen: Usa/Italia/ Otros Total..... | c/u. | \$ 95.00 | \$ 4,085.00 |
| AR. 1 cotiz. | NIT: 0614-160987-002-7 Vencimiento: No menor de 12 meses Tiempo de entrega: 2 días hábiles Uso en: Servicio de Hospitalización S/C: IM-122 | | | \$ 4,085.00 |

22/10/2013
12:38 PM

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
- 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

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 | \$ 4,085.00 | 23/10/13 | <i>[Signature]</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



24/10/2013

[Signature]
ADMINISTRACION