



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.  
 TEL. 2132-8890, FAX 2132-6891



**ORDEN DE COMPRA No. 570**

FECHA: 16 DE JULIO DE 2015

**SEÑORES:** **CORPORACION CEFA S.A. DE C.V.** NIT: 0614-270400-106-2  
**TELEFONO: 2259-1100, FAX: 2259-1106**

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 EN ALMACEN: 7:30 A 11:30 A.M, Y DE 1:30 A 3:00 PM


CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
400	FGSFOMICINA 1000 MG. FCO. VIAL, FOSFOCIL 1G. IV., (1 COT.)  MARCA: LABORATORIO SENOSIAIN, ORIGEN: MEXICO  TIEMPO DE ENTREGA: 3 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA.  SOLICITUD: 576 /2015, A/M: 89/2015 USO: HOSPITALIZACION  Nota. Favor tramitar quedan inmediatamente después 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 ESTA ORDEN DE COMPRA.	FCO	\$ 6.70	\$ 2,680.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$2,680.00</b>

*Handwritten signature and date: 16/07/2015*

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de la 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**

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
54108	\$2,680.00	54108 16/7/15	<i>Handwritten signature</i>	 <i>Handwritten date: 16/7/2015</i>  ADMINISTRACIÓN