



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
 TEL. 2132-6890, FAX 21-32-8891



ORDEN DE COMPRA NO. 241

FECHA: 04 DE ABRIL DEL 2017
 SEÑORES: CORPORACION CEFA, S.A. DE C.V. NIT:
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 FORMA DE PAGO: CREDITO TEL. 2259-1100 FAX. 2259-1113
 DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS DE 8:00am. A 11:30pm. Y 1:30pm. A 3:00pm.
 SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
20	SUERO ANTIOFIDICO POLIVAL (G.EQUINAS) BOTROP CROTAL C/LAQUEX POLVO LIOF.P/DILUC. I.V. O SOL.INY. ANTIVIPMYN TRI SOLUCION IN. FCO. X 10ML MARCA: LAB. SILANES ORIGEN: MEXICO, (1 Cotiz.)	C/U.	\$67.38	\$1,347.60
TOTAL				<u>\$1,347.60</u>
ENTREGA: 30 días hábiles USO EN: Hospitalización				
Solic. 24-339/2017 mep./	NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

*Recibido 04/04/2017
4:13 PM*

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

Nota: se le comunica que para agilizar el pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera nota autorizando al hospital su pago via electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta.

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO
05/4/17	<i>C. del</i>	\$1,347.60	54108

6/4/2017

 ADMINISTRACIÓN

