

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.
 TEL. 2132-6890, FAX 21-32-6891

ORDEN DE COMPRA NO. 222-RP

FECHA: 01 DE JUNIO DE 2017
 SEÑORES: CORPORACION CEFA, S.A. DE C.V. NIT: [Handwritten]
 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.
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
10	SUERO ANTIOFIDICO POLIVAL.(G.EQUINAS) (BOTROP.CROTAL.C/LAQUEX)POLV.LIOFIL,P/DIL.IV O SOL.INY.F VIAL 10ML-- ANTIVIPMYN TRI SOLUCION INYECTABLE. MARCA: LABORATORIOS SILANES ORIGEN: MEXICO	C/U	\$67.38	\$673.80
	TOTAL			\$673.80
	ENTREGA: 20 DIAS HABILES USO EN: Hospitalización			
Cotiz. 1 Solic. 37-422/2017 oeli./	NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.			

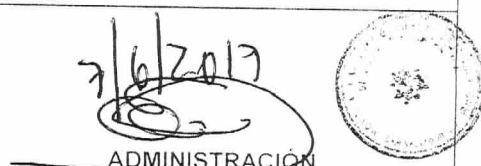
Handwritten: 2/6/17 2:07pm

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 vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA, indicando el Nombre y número de cuenta

FECHA	FIRMA	VALOR	ESPECIFICO	
6/6/17	<i>[Signature]</i>	\$673.80	54108	 ADMINISTRACIÓN