



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



**ORDEN DE COMPRA N°37**

**FECHA:** 19 DE ABRIL DE 2018  
**SEÑORES:** CORPORACIÓN CEFA S.A DE C.V. **NIT:**  
**FACTURAR A NOMBRE DE:** MINSAL  
**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       |
|------------------------------------|---|------|-----------------|--------------------|
| 150                                | VITAMINA D3 .025 MCG TABLETA O CAPSULA ORAL EMPAQUE PRIMARIO INDIVIDUAL O FRASCO, PROTEGIDO DE LA LUZ.<br><br>ETALPHA 0.25 MG<br>MARCA: LEO PHARMACEUTICAL ORIGEN: DINAMARCA<br>VENCIMIENTO: 30-11-2019 | CTO  | \$91.49         | \$13,723.50        |
|                                    | TOTAL .....   |      |                 | <u>\$13,723.50</u> |
| N°cotiz. 1<br>Solic. 406<br>oeli./ | ENTREGA: 3 DIAS HABILES<br>USO EN: Hospitalización<br><br>NOTA: FAVOR TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO.  |      |                 |                    |

*Handwritten notes:*  
 123/04/018  
 1091744

**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**

| FECHA | FIRMA | VALOR | ESPECIFICO                   |
|-------|-------|-------|------------------------------|
|       |       |       | 2018-3200-3-01-03-21-1-54108 |
|       |       |       |                              |



*Handwritten signature*

**ADMINISTRACIÓN**