



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



ORDEN DE COMPRA NO. RP 159

FECHA: 21 DE SEPTIEMBRE DEL 2018
 SEÑORES: IVAN DIMITRY MENA NIT:
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM
 FORMA DE PAGO: CONTADO 2260-3041 FAX. CORREO cmeditac@yahoo.com
 DESPACHAR A: TRABAJO SOCIAL HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:00P.M.
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

| CANTIDAD | DETALLE | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|------------|--|------|-----------------|--------------|
| 1 | TAC CEREBRAL | C/U | \$ 80.00 | \$ 80.00 |
| | REQUISITOS: AYUNO TOTAL DE 6 HORAS | | | |
| | TOTAL..... | | | \$ 80.00 |
| Solic. 839 | USO: JONATHAN ELISEO VALLE QUINTEROS, CON EXPEDIENTE 798174 | | | |
| Cotiz. 1 | | | | |
| Mjrdh | NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO | | | |

Handwritten: 21/09/18 11:31 AM

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

- 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 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 |
|---------|--------------------|----------|------------|
| 21/9/18 | <i>[Signature]</i> | \$ 80.00 | 54309 |
| | | | |
| | | | |



Handwritten: 21/9/18

[Signature]

ADMINISTRACIÓN