



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



ORDEN DE COMPRA

No. 15 RP

FECHA: 18 DE MARZO DEL 2015

SEÑORES: **IVAN DIMITRY MENA**

NIT: 0618-090764-101-5

FACTURAR A NOMBRE DE: **HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**

FORMA DE PAGO: CREDITO

TEL. 2260-3041

FAX.

DESPACHAR A: **NEUROCIRUGIA**

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	RESONANCIA MAGNETICA AREA TORACICA	C/U.	\$275.00	\$275.00
1	RESONANCIA MAGNETICA AREA LUMBOSACRO	C/U.	\$275.00	\$275.00
	TOTAL			<u>\$550.00</u>
Solic. Cotiz. No. 341/2015 1 cotiz. mep.	NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO			

*2/Cancel
19/03/15
9:53am*

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	VALOR	Vó. Bo. CONTABILIDAD	OBSERVACIONES
19/3/15	\$ 550.00	54501	<i>[Signature]</i>



ADMINISTRACIÓN