



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



ORDEN DE COMPRA

Nº RP- 59

FECHA: 03 DE JUNIO DE 2015

SEÑORES: **IVAN DIMITRY MENA** NIT. 0618-090764-101-5 TEL. 2260-3041

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

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: **SERVICIO ORTOPEdia**

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNETICA CERVICAL PTE. WENDY ELENA RENDEROS GONZÁLEZ REGISTRO. 708137	c/u.	\$235.00	
	Total.....			<u>\$235.00</u>
roch I-C-	S/C: 559			

Handwritten signature and date: 04/06/2015 8:29 AM

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén

2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.

3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en **DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.**

4. 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 proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera

Nota autorizando al hospital su pago por vía electrónica a través del BANCO DAVIVIENDA indicando el Nombre y

Número de la cuenta

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54309	\$235.00	04/6/15	<i>[Handwritten Signature]</i>



Handwritten date: 4/6/2015

Handwritten signature

ADMINISTRACION