



**ORDEN DE COMPRA No. 528**

FECHA: 07 DE JULIO DE 2015

SEÑORES:

**DIAGNOSAL, S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2566-1124, FAX: 2566-9482**

**NIT: 0614-291012-106-6**

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO CREDITO

DESPACHAR A ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN DE 7:30 AM. A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM


CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
24	SANGRE DESFIBRINADA DE CARNERO FRASCO DE 50 ML. ( 1 COT.)  MARCA: QUAD FIVE . ORIGEN: USA  TIEMPO DE ENTREGA DE 2 A 5 DIAS HABILDES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.  USO: LABORATORIO CLINICO  S/C: 681/2015, AM: 91/2015  Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario nos proporcione nota A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ORIGINAL DE ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 20.34	\$ 488.16
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$488.16</b>

*Recibido 08/07/2015 No. 5104*

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	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
9/7/15	\$488.16	54108	<i>[Handwritten Signature]</i>	 <i>[Handwritten Signature]</i> ADMINISTRACION