



ORDEN DE COMPRA No. 746

FECHA: 16 DE SEPTIEMBRE 2015

SEÑORES:

DIAGNOSTIKA CAPRIS , S.A. DE C.V.
TELEFONO: 2260-2222, FAX: 2260-7007

NIT: 0614-100496-102-6

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO:

CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS,
 HORARIO DE ATENCION : 7:30 A.M A 11.30 a.m y de 1:30 a 3:00 PM

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
20	PRUEBA PARA LA DETERMINACION PROTEINA S (ACTIVADA) 1 COT.	PBA	\$ 1.20	\$ 24.00 ✓
60	PRUEBA PARA LA DETERMINACION PROTEINA C REACTIVA (ACTIVIDAD) 1 COT.	PBA	\$ 1.20	\$ 72.00 ✓
30	PRUEBA PARA DETERMINACION RESISTENCIA A LA PROTEINA C (ACTIVADA) 1 COT.	PBA	\$ 1.20	\$ 36.00 ✓
<p>MARCA: SIEMENS , ORIGEN: ALEMANIA</p> <p>USO EN: LABORATORIO CLINICO</p> <p>S/C : 880/2015, AR. 139/2015</p> <p>ENTREGA: 30 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.</p> <p>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 ESTA ORDEN DE COMPRA.</p>				
SO.			TOTAL.....	\$132.00 ✓

21/09/15
 10046

NOTA: Señor 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	
22/9/15	\$ 132.00	54113		 24/9/2015 ADMINISTRACIÓN