



ORDEN DE COMPRA No. 749

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
25	PRUEBA PARA DETERMINACION DE FACTOR VIII CROMOGENICO, (1 COT.)	PBA.	\$ 1.20	\$ 30.00 ✓
150	PRUEBA PARA DETERMINACION DIMERO D, (1 COT.)	PBA.	\$ 1.20	\$ 180.00 ✓
10	PRUEBA PARA DETERMINACION PLASMINOGENO (1 COT.)	PBA.	\$ 1.20	\$ 12.00 ✓
160	PRUEBA PARA DETERMINACION ANITITROMBINA III, (1 COT.)	PBA.	\$ 1.20	\$ 192.00 ✓
MARCA: SIEMENS , ORIGEN: ALEMANIA USO EN: LABORATORIO CLINICO S/C: 879/2015, AR: 138/2015 ENTREGA: 30- DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. 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.				
SO.			TOTAL.....	\$414.00 ✓

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	\$ 414.00	5413		 24/9/2015 ADMINISTRACION