

ORDEN DE COMPRA No. 751

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
30	PRUEBA PARA DETERMINACION FACTOR XIII (1 COT.)	PBA	\$ 1.20	\$ 36.00 ✓
180	PRUEBA PARA DETERMINACION FACTOR VON WILLEBRAND (CO-FACTOR DE RISTOCETINA) 1 COT.	PBA	\$ 1.20	\$ 216.00 ✓
180	PRUEBA PARA DETERMINACION ANTIGENO DE FACTOR VON WILLEBRAND (1 COT.) MARCA: SIEMENS, ORIGEN: ALEMANIA USO EN: LABORATORIO CLINICO S/C: 878/2015, AR: 137/2015 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.	PBA	\$ 1.20	\$ 216.00 ✓
SO.			TOTAL.....	\$468.00 ✓

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 DÚPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
3. Favor mencionar el número de la Orden de compra

EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTE ORDEN DE COMPRA

FECHA	VALOR	ESPECIFICO	FIRMA	
52 22/9/15	\$ 468.00	54113		  