

ORDEN DE COMPRA No. 752

FECHA: 16 DE SEPTIEMBRE 2015

SEÑORES:

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

NIT: 0614-100496-102-6

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO:

CREDITO

DESPECHAR 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

SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
200	PRUEBA PARA DETERMINACION FACTOR IX (1 COT.)	PBA.	\$ 1.20	\$ 240.00 ✓
30	PRUEBA PARA DETERMINACION FACTOR X (1 COT.)	PBA.	\$ 1.20	\$ 36.00 ✓
120	PRUEBA PARA DETERMINACION FACTOR XI (1 COT.)	PBA.	\$ 1.20	\$ 144.00 ✓
120	PRUEBA PARA DETERMINACION FACTOR XII (1 COT.)	PBA.	\$ 1.20	\$ 144.00 ✓
MARCA: SIEMENS, ORIGEN: ALEMANIA USO EN: LABORATORIO CLINICO S/C: 877/2015, AR: 136/2015 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.....	\$564.00 ✓

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	\$564.00	54113	<i>[Firma]</i>	 24/9/2015 ADMINISTRACION