



ORDEN DE COMPRA No. 756

FECHA: 16 DE SEPTIEMBRE 2015

SEÑORES: **DIAGNOSTIKA CAPRIS, S.A. DE C.V.** **NIT: 0614-100496-102-6**
TELEFONO: 2260-2222, FAX: 2260-7007

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
300	PRUEBA PARA DETERMINACION DE HORMONA FOLICULO (FSH) 1 COT.	PBA	\$ 3.60	\$ 1.080.00 ✓
200	PRUEBA PARA DETERMINACION DE HORMONA LUTEINIZANTE (LH) 1 COT.	PBA	\$ 3.60	\$ 720.00 ✓
100	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE HORMONA PARATIROIDEA (1 COT)	PBA	\$ 3.60	\$ 360.00 ✓
400	PRUEBA PARA DETERMINACION DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (HG) 1 COT. MARCA: BECKMAN COULTER ORIGEN: ESTADOS UNIDOS USO EN: LABORATORIO CLINICO S/C: 867/2015, AR: 126/2015 ENTREGA: 30-45 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. <small>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 indicándole el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.</small>	PBA	\$ 3.80	\$ 1.520.00 ✓
SO.			TOTAL.....	\$3.680.00 ✓

28/09/15 9:12 am

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	
28/9/15	\$3,680.00	SO13	<i>[Firma]</i>	 28/9/2015  ADMINISTRACIÓN