



ORDEN DE COMPRA No. 758

FECHA: 16 DE SEPTIEMBRE 2015

SEÑORES:

PRODYLAB , S.A. DE C.V.
TELEFONO: 2260-8107 FAX: 2260-4790

NIT: 0614-190209-103-8

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

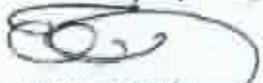
SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
4	DETERMINE HIV 1/2, PRUEBA RAPIDA CUALITATIVA PARA LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI HIV, BASADA EN EL PRINCIPIO CROMATOGRAFIA EN TIRA MARCA: ALERE, ORIGEN: JAPON USO EN: LABORATORIO CLINICO S/C : 886/2015 AR: 145/2015 ENTREGA: 2-3 DIAS CALENDARIO , POSTERIOR A LA RECEPCION DE LA 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 indiccando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	C/U	\$ 210.00	\$ 840.00
SO.			TOTAL.....	\$840.00

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
28/9/15	\$ 840.00	54113	  28/9/2015  ADMINISTRACIÓN