



ORDEN DE COMPRA No. 766

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

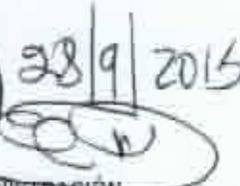
SIRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
200	DETERMINACION DE ANTICUERPOS (IgM) DE TOXOPLASMA GONDII MARCA: BECKMAN COULTER ORIGEN: ESTADOS UNIDOS USO EN: LABORATORIO CLINICO S/C: 870/2015, AR: 129/2015 ENTREGA: 30 A 45 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 vía 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	\$ 3.60	\$ 720.00
SO.			TOTAL.....	\$720.00

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	\$ 720.00	54113		 28/9/2015  ADMINISTRACIÓN