



**ORDEN DE COMPRA No. 767**

(REPOSICION POR CAMBIO DE MARCA A SOLICITUD DEL PROVEEDOR)

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
3	FOB I-TELL PRUEBA RAPIDA PARA LA DETERMINACION DE SANGRE OCULTA EN HECES, PRINCIPIO DE INMUNOCROMATOGRAFIA EN CASSETTE, SET DE 25 PRUEBAS ( 1 COT.)  MARCA: CTK BIOTECH ORIGEN USA  USO EN: LABORATORIO CLINICO  S/C : 889/2015 AR: 148/2015  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 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 ESTÁ ORDEN DE COMPRA.	CU	\$ 65.00	\$ 195.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL.....</b>	<b>\$195.00</b>

*2015 22/10/15 3:07PM*

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	
23/10/15	\$ 195.00	54113		 26/10/2015  ADMINISTRACIÓN