



ORDEN DE COMPRA No. 671 RP

FECHA: 09 de Diciembre del 2011

SEÑORES: DIAGNOSTIKA CAPRIS, S.A. DE C.V.

NIT: 0614-100495-102-6

FORMA DE PAGO: CREDITO

TEL. 2260-2222

FAX: 2260-7007

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

DESPACHAR: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

| CANTIDAD | DETALLE | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|--|--|--------|-----------------|-------------------|
| 2,500 | TIEMPO DE PROTROMBINA, MARCA SIEMENS, ORIGEN ALEMANIA, VENC. 1 AÑO. (1 cottz.) | Prueba | \$0.85 | \$2,125.00 |
| | TOTAL | | | \$2,125.00 |
| USO EN: Laboratorio Clínico | | | | |
| Solicitud de Compra No. 944/2011 | | | | |
| PROGRAMA DE ENTREGA: 30 días | | | | |
| NOTA: FAVOR DE TRAMITAR QUEDAN INMEDIATAMENTE DESPUES DE ENTREGADO EL PRODUCTO | | | | |

mep.

9/12/11 9:16 AM

NOTA: Sr. 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 | Vo. Bo. CONTABILIDAD | OBSERVACIONES | |
|---------|------------|----------------------|---------------|---|
| 9/12/11 | \$2,125.00 | <i>[Signature]</i> | 54113 | <p><i>9/12/11</i></p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>ADMINISTRACIÓN</p> |
| | | | | |