



ORDEN DE COMPRA

No. RP 310  
 FECHA: 16 DE OCTUBRE DEL 2017  
 SEÑORES: CENTROLAB ESPECIALIDADES DIAGNOSTICAS, S.A. DE C.V. NIT:  
 TEL: 2235-9362 Y 2235-9363  
 FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM.  
 FORMA DE PAGO: CONTADO  
 DESPACHAR A: NEFROLOGIA HORARIO: 8:00 A 11:30 A.M. Y 1:30 A 3:30 P.M.  
 SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE:

CANTIDAD	DETALLE	U.M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
2	PRUEBA DE NIVELES SERICOS DE CICLOSPORINA NIVELES DE 12 HORAS Y 2 HORAS. VENCIMIENTO: 6 MESES MARCA: SIEMENS HEALTHCARE DIAGNOSTICS MUESTRA: NO APLICA (1 Cotiz.)		\$ 65.00	\$ 130.00
	TOTAL.....			\$ 130.00
Mjrdh	USO: No. S/C: 796 TIEMPO DE ENTREGA: 5 DIAS HABILES VIGENCIA DE OFERTA: 45 DIAS CALENDARIO			

*Handwritten notes:*  
 16/10/17  
 10:22 am

Nota. Sr. PROVEEDOR, AL RECIBIR ESTA O.DE C. SE REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE LO SIGUIENTE:

1. Sr. Proveedor favor tramitar quedan inmediatamente entreguen el producto en el almacén
2. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
3. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
4. Por mencionar el número de la Orden de Compra.

El incumplimiento de la entrega obliga al hospital a anular esta orden de compra

Nota: se le comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas, es necesario proporcionar a Unidad Financiera

ESPECIFICO	VALOR	FECHA	FIRMA
54113	\$130.00	16/10/17	<i>[Signature]</i>

*Handwritten:* 16/10/2017  
 ADMINISTRACION

