



### ORDEN DE COMPRA RPI-289

(REPOSICION POR DISMINUCION A SOLICITUD DEL PROVEEDOR)

FECHA: 14 DE NOVIEMBRE DEL 2014

SEÑORES:

**DIAGNOSTIKA CAPRIS , S.A. DE C.V.**  
**TELEFONO: 2260-2222, FAX: 2260-7007**

NIT: 0614-100496-102-6

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO:

CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

HORARIO DE ATENCION DE 7:30 A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
400	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES , METODO AUTOMATIZADO, MARCA: BECKMAN COULTER, ORIGEN: ESTADOS UNIDOS 301D6580, ENTREGA: 200 INMEDIATO Y 200 A 3 SEMANAS ( 1 COT.)	PBA.	\$ 3.80	\$ 1,520.00 ✓
3,500	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE TIEMPO DE PROTOMBINA (TP), MARCA: SIEMENS, ORIGEN: ALEMANIA, 30106300, ENTREGA INMEDIATA ( 1 COT.)  USO EN: LABORATORIO CLINICO  SOLICITUD DE COMPRA : 1000,1009, /2014, AR:174,165/2014  Nota. Favor tramitar quedán inmediatamente después de entregado el producto, asimismo, se les comunica que para agilizar el proceso de pago de facturas será necesario proporcione en la unidad financiera, nota autorizando al Hospital para que se les cancele vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA Indicando el nombre y número de la cuenta.	PBA.	\$ 0.96	\$ 3,360.00 ✓
<b>SO.</b>			<b>TOTAL.....</b>	<b>\$4,880.00</b> ✓

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	
28/11/14	\$ 4,880. <sup>00</sup>	54113		  ADMINISTRACIÓN