



ORDEN DE COMPRA RPI-341
 (REPOSICION POR DISMINUCION A SOLICITUD DEL PROVEEDOR)

FECHA: 18 DE NOVIEMBRE DEL 2014

SEÑORES: **DIAGNOSTIKA CAPRIS, S.A. DE C.V.** NIT: 0614-100496-102-6
TELÉFONO: 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

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
75	ANTICOAGULANTE LUPICO 2, PRESENTACION SET DE 300 PBAS. 30106232, MARCA: SIEMENS, ORIGEN: ALEMANIA, ENTREGA: 3 DIAS HABILES	PBA.	\$ 0.96	\$ 72.00
75	ANTICOAGULANTE LUPICO 1, PRESENTACION SET DE 300 PBAS. 30106484, MARCA: SIEMENS, ORIGEN: ALEMANIA, ENTREGA: 3 DIAS HABILES.	PBA.	\$ 0.96	\$ 72.00
130	DOSIFICACION DE FACTOR VON WILLEBRAND, METODO AUTOMATIZADO, 30106195, MARCA: SIEMENS, ORIGEN: ALEMANIA (1 COT.) USO EN: LABORATORIO CLINICO SOLICITUD DE COMPRA : 619,499,566/2014, AR: 80,67,60 ENTREGA: 30 DIAS HABILES A PARTIR DE FIRMADA 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 proporcione en la unidad financiera, nota autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.	PBA.	\$ 0.96	\$ 124.80
SO.			TOTAL.....	\$268.80

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	\$ 268.80	54113		 28/11/2014 ADMINISTRACION