



**ORDEN DE COMPRA RPI-342**  
 (REPOSICION POR DISMINUCION A SOLICITUD DEL PROVEEDOR)

FECHA: 18 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
750	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL), METODO AUTOMATIZADO , 30106480, ( 1 COT.)	PBA.	\$ 0.34	\$ 255.00
1,500	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE HIERRO SERICO (FE) METODO AUTOMATIZADO. 30106556, ( 1 COT.)	PBA.	\$ 0.34	\$ 510.00
200	DETERMINACION DE FACTOR VIII, FCO. POR 20 PBAS. 30106194, MARCA: SIEMENS, ORIGEN: ALEMANIA ( 1 COT.),  USO EN: LABORATORIO CLINICO  SOLICITUD DE COMPRA : 603, 461,619,605/2014, AR: 75,80,58,73/2014  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 vía electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta.	PBA.	\$ 0.96	\$ 192.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL.....</b>	<b>\$957.00</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	\$957.00	54108		  ADMINISTRACIÓN