



**ORDEN DE COMPRA RPI-343**  
 (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

SIRVASE 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      |
|------------|---|------|-------------------|-------------------|
| 300        | DETERMINACION DE FACTOR IX, FCO. POR 30 PRAS. 30106184 ( 1 COT.)  | PBA. | \$ 0.96           | \$ 288.00         |
| 2,730      | PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE COLESTEROL TOTAL, METODO AUTOMATIZADO, 30106496, ( 1 COT.)  | PBA. | \$ 0.34           | \$ 928.20         |
| 150        | PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE DIMERO D, METODO AUTOMATIZADO, 30106180, ( 1 COT.)<br><br>MARCA: BECKMAN COULTER, ORIGEN: ESTADOS UNIDOS, MARCA: SIEMENS, ORIGEN: ALEMANIA<br><br>USO EN: LABORATORIO CLINICO<br><br>SOLICITUD DE COMPRA : 686,621, 910, 840 /2014, AR: 97, 82, 140, 131 /2014<br><br>ENTREGA: 30 DIAS HABILES A PARTIR DE FIRMADA LA ORDEN DE COMPRA.<br><br>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 cancela via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. | PBA. | \$ 0.96           | \$ 144.00         |
| <b>SO.</b> |   |      | <b>TOTAL.....</b> | <b>\$1,360.20</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 | \$1,360.20 | 52113      |       | <br><br>ADMINISTRACIÓN |