



ORDEN DE COMPRA No. 177

FECHA: 11 DE MARZO 2015

SEÑORES: **DIAGNOSTIKA CAPRIS, S.A. DE C.V.** NIT: 0614-100496-102-6
TELEFONO: 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,**
HORARIO DE ATENCION : 7:30 A.M A 11.30 a.m y de 1:30 a 3:00 PM

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
10,500	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE MAGNESIO METODO AUTOMATIZADO, 10.50 SET EQUIVALENTE A 10,500 PBAS. (1 COT.)	PBAS.	\$ 0.34	\$ 3,570.00
10,620	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE FOSFORO METODO AUTOMATIZADO, 4.50 SET EQUIVALENTES A 10,620 PBAS. (1 COT.) MARCA: BECKMAN, COULTER ORIGEN: ESTADOS UNIDOS USO EN: LABORATORIO CLINICO S/C : 304/2015, AR: 21/2015 ENTREGA: 30 A 45 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR 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 nos proporcione nota A LA UNIDAD FINANCIERA autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA indicando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ESTA ORDEN DE COMPRA.	SET	\$ 0.34	\$ 3,610.80
SO.			TOTAL.....	\$7,180.80

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
19/3/15	\$ 17,180.80	54113	

Dr. Hector Guzmán Torres
 SUPERINTENDENTE ADMINISTRACIÓN
 H.N.B. No. 1070

