



ORDEN DE COMPRA No. 179

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 |
|------------|---|-------|-------------------|-----------------|
| 300 | PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE MICRO ALBUMINÁ PARA ORINA , METODO AUTOMATIZADO (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. | PBAS, | \$ 0.34 | \$ 102.00 |
| SO. | | | TOTAL..... | \$102.00 |

Handwritten notes:
 12/03/15
 11:27 AM

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 | \$ 102.00 | 54113 | <i>[Signature]</i> |  20/3/2015  ADMINISTRACIÓN |