



ORDEN DE COMPRA No. 386

FECHA: 23 DE JUNIO 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
5,200	PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADO (TTP) 1 COT.	C/U	\$ 1.20	\$ 6,240.00
5,000	PRUEBA PARA DETERMINACION DE TIEMPO DE TROMBINA (TT) (1 COT.)	C/U	\$ 1.20	\$ 6,000.00
5,000	PRUEBA PARA DETERMINACION DE FIBRINOGENO METODO AUTOMATIZADO (1 COT.)	C/U	\$ 1.20	\$ 6,000.00
200	PRUEBA PARA DETERMINACION DE FACTOR IX, METODO AUTOMATIZADO (1 COT.)	C/U	\$ 1.20	\$ 240.00
MARCA: SIEMENS ORIGEN: ALEMANIA USO EN: LABORATORIO CLINICO S/C : 588,536,449/2015/2015, AR: 74,46,64,73/2015 ENTREGA: 30 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA. Nota: Favor tramitar quedan inmediatamente despues 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.				
SO.	TOTAL.....			\$18,480.00

NOTA: Señor Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- 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
26/6/15	\$18,480.00	54113	



Dr. Rector Guillermo
 SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
 SUBDIRECTOR, H.N.N.B.
 J.V.P.M. No. 1876