



## ORDEN DE COMPRA No. 390

FECHA: 23 DE JUNIO 2015

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,  
 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
2	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE TESTOSTERONA, METODO AUTOMATIZADO ( 1 COT.) ENTREGA: 30-45 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA	SET	\$ 360.00	\$ 720.00
1,875	PRUEBA PARA LA DETERMINACION DE MICROPROTEINAS EN ORINA Y LIQUIDO CEFALORAQUIDEO (LCR), METODO AUTOMATIZADO ( 1 COT.)	PBA	\$ 0.34	\$ 637.50
7,000	PRUEBA PARA DETERMINACION DE MAGNESIO, METODO AUTOMATIZADO ( 1 COT.)  TIEMPO DE ENTREGA: ITEM 2 Y 3: 30 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.  MARCA: BECKMAN COULTER ORIGEN: ESTADOS UNIDOS  USO EN: LABORATORIO CLINICO  S/C : 609,569,586,/2015, AR: 66,64,75/2015  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 vía 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	\$ 2,380.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL.....</b>	<b>\$3,737.50</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	
26/6/15	\$3,737.50	54113		  ADMINISTRACIÓN