

## ORDEN DE COMPRA No. 478

FECHA: 06 DE JUNIO 2016

SEÑORES:

ESERSKI HERMANOS S.A. DE C.V.  
TELEFAX: 2271-4349, 2271-6018, 2271-5801

NIT:

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:

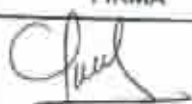

HORARIO DE ATENCION: DE 7:30 A.M A 11:30 A.M, 1:30 A 3:00 PM

| CANTIDAD   | DETALLE  | U.M. | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|--|--|------|-----------------|--------------|
| 2  | D.S. CEFOTAXIME DE 30 MCG. ( 1 COT.) ENTREGA: INMEDIATO  | C/U  | \$ 4.01         | \$ 8.02 ✓    |
| 2  | D.S. CLORANFENICOL DE 30 MCG. ( 2 COT.) ENTREGA: 45 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA | C/U  | \$ 4.01         | \$ 8.02 ✓    |
| 2  | D.S. AMIKACINA DE 30 MCG. ( 2 COT.) ENTREGA: 45 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA     | C/U  | \$ 4.01         | \$ 8.02 ✓    |
| 2  | D.S. AMPICILINA/SULBACTAM DE 20 MCG. ( 2 COT.) ENTREGA: INMEDIATO                                  | C/U  | \$ 4.01         | \$ 8.02 ✓    |
| 2  | D.S. OXACILINA DE 1 MCG. ( 2 COT.) ENTREGA: INMEDIATA  | C/U  | \$ 4.01         | \$ 8.02 ✓    |
| MARCA: OXOID/THERMO SCIENTIFIC, ORIGEN: INGLATERRA   |  |      |                 |              |
| USO : HOSPITALIZACION  |  |      |                 |              |
| SOLICITUD DE COMPRA : 161, 162/2016, AM: 14, 15/2016   |  |      |                 |              |
| ENTREGA: INMEDIATO   |  |      |                 |              |
| 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 |  |      |                 |              |
| SO.  | TOTAL...   |      |                 | \$40.10      |

NOTA SEÑOR PROVEEDOR AL RECIBIR ESTA ORDEN DE COMPRA, SE REQUIERE EL ESTRICTO 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   |   |
|----------|----------|------------|---|---|
| 10/06/16 | \$ 40.10 | 54113      |  |  10/6/2016<br>ADMINISTRACIÓN |