

ORDEN DE COMPRA No. 479

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 BENJAMÍN BLOOM

FORMA DE PAGO:

CREDITO

DESPACHAR A:

ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE



HORARIO DE ATENCIÓN: 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. AMOXICILINA /ACIDO CLAVULONICO DE 30 MCG. (2 COT.)	C/U	\$ 4.01	\$ 8.02
2	D.S. PIPERACILINA DE 100 MCG. (1 COT.)	C/U	\$ 4.01	\$ 8.02
2	D.S. VANCOMICINA DE 30 MCG. (1 COT.)	C/U	\$ 4.01	\$ 8.02
2	D.S. CEFALOTINA DE 30 MCG. (2 COT.)	C/U	\$ 4.01	\$ 8.02
2	D.S. PENICILINA G. DE 10 UNIDADES (2 COT.)	C/U	\$ 4.01	\$ 8.02
MARCA: OXOID/THERMO SCIENTIFIC , ORIGEN: INGLATERRA				
USO : HOSPITALIZACION				
SOLICITUD DE COMPRA : 162, 163 /2016; AM. 15, 16/2016				
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 DECLARACIÓN 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		10/06/2016  ADMINISTRACIÓN