



**ORDEN DE COMPRA No. 496**

FECHA: 03 DE JULIO DE 2015

SEÑORES:

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

**NIT: 0614-180357-001-7**

FACTURAR A NOMBRE DE:

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE

HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN DE 7:30 AM. A 11:30 A.M Y DE 1:30 A 3:00 PM


CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
9	AGAR MacCONCKEY #3 ( 3 COT.) MARCA: OXOID/THERMO SCIENTIFIC TIEMPO DE ENTREGA: INMEDIATO USO: LABORATORIO CLINICO , 5/C: 664/2015, AM: 85/2015  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 ORIGINAL DE ESTA ORDEN DE COMPRA.	CU	\$ 50.00	\$ 450.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$ 450.00</b>

*Handwritten notes:*  
 03/07/15  
 3:17 PM

NOTA: Sr. 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	
6/7/2015	\$ 450.-	54113	<i>[Signature]</i>	 <i>[Signature]</i> ADMINISTRACIÓN