



## ORDEN DE COMPRA RPI-438

FECHA: 26 DE NOVIEMBRE DE 2014

SEÑORES: **ESERSKI HERMANOS S.A. DE C.V.** NIT: 0614-180357-001-7  
**TELEFAX: 2271-4349, 2271-5801, 2271-6018**

FACTURAR A NOMBRE DE: HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM

FORMA DE PAGO: CREDITO

DESPACHAR A: ALMACEN DE MEDICAMENTOS Y REACTIVOS

DIRIVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE HORARIO DE ATENCION EN ALMACEN: DE 7:30 A.M A 12:00 Y DE 1:30 A 3:00 PM

CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
2	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE IMPENEM 10 pg. VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 30 DISCOS. D.S. IPENEM 10 mcg+1 BRAZO DISPENSADOR DE DISCOS. 30103627 ( 1 COT.)	1	\$ 7.10	\$ 14.20
3	PRUEBA DE SENSIBILIDAD DE MEROPENEM 10 pg. VIAL CON BRAZO DISPENSADOR DE 50 DISCOS. D.S. MEROPENEM 10 mcg+1 BRAZO DISPENSADOR DE DISCOS. 30103635 ( 1 COT.)	1	\$ 7.10	\$ 21.30
TIEMPO DE ENTREGA: 6 DIAS HABLES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA USO: LABORATORIO CLINICO MARCA: OXOID ; ORIGEN: INGLATERRA SOLICITUD: 791/2014, AM: 119/2014  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 proporcionar en la unidad financiera, nota autorizando al Hospital para que se les cancele via electrónica por el Banco DAVIVIENDA Indicando el nombre y número de la cuenta.				
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$ 35.50</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	
27/11/14	\$35.50	5413		 27/11/2014  ADMINISTRACIÓN