



ORDEN DE COMPRA No. 197

FECHA: 19 DE MARZO DE 2015

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

SÍRVASE ENVIARNOS LO SIGUIENTE HORARIO DE ATENCIÓN 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
2	D.S. CEFTRIAXONA 30 MCG, INCLUYE 1 BRAZO DISPENSADOR DE DISCOS (2 COT.)	C/U	\$ 6.96	\$ 13.92
2	D.S. AMPICILINA 10 MCG., INCLUYE UN BRAZO DISPENSADOR DE DISCOS (1 COT.)	C/U	\$ 6.96	\$ 13.92
2	D.S. ERITROMICINA 15 MCG. INCLUYE 1 BRAZO DISPENSADOR DE DISCOS (1 COT.)	C/U	\$ 6.96	\$ 13.92
2	D.S. PIPEBACILINA 100 MCG., INCLUYE 1 BRAZO DISPENSADOR DE DISCO (1 COT.)	C/U	\$ 6.96	\$ 13.92
2	D.S. MEROPENEM 10 MCG, INCLUYE 1 BRAZO DISPENSADOR DE DISCO (1 COT.)	C/U	\$ 6.96	\$ 13.92
2	D.S. RIFAMPICINA 5 MCG, INCLUYE 1 BRAZO DISPENSADOR DE DISCOS (1 COT.)	C/U	\$ 6.96	\$ 13.92
SO.	MARCA: OXOID/THERMO SCIENTIFIC, ORIGEN INGLATERRA. TIEMPO DE ENTREGA: 45 DIAS HABILES FECHA DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA. USO: LABORATORIO CLINICO , 5/C:286,287/2015, AM: 12,13/2015 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 via 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.		TOTAL...	\$83.52

7 de marzo 25/3/15 13:57 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	
25/3/15	\$ 83.52	54108	<i>[Signature]</i>	 25/3/2015 <i>[Signature]</i> ADMINISTRACIÓN