



**ORDEN DE COMPRA No. 198**

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


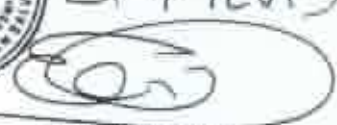
CANTIDAD	DETALLE	U.M.	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
2	D.S. CEFALOTINA 30 CMG. INCLUYE 1 BRAZO DISPENSADOR DE DISCOS ( 1 COT.)	C/U	\$ 6.96	\$ 13.92 ✓
2	D.S PENICILINA 10 UNIDADES INCLUYE UN BRAZO DISPENSADOR DE DISCOS ( 1 COT.)	C/U	\$ 6.96	\$ 13.92 ✓
2	D.S AMOXICILINA+ACIDO CLAVULANICO 30 MCG. INCLUYE 1 BRAZO DISPENSADOR DE DISCOS (1 COT.)	C/U	\$ 6.96	\$ 13.92 ✓
2	D.S VANCOMICINA 30 MCG, INCLUYE 1 BRAZO DISPENSADOR DE DISCOS ( 1 COT.)	C/U	\$ 6.96	\$ 13.92 ✓
2	D.S CLINDAMICINA 2 MCG. INCLUYE 1 BRAZO DISPENSADOR DE DISCO ( 1 COT.)	C/U	\$ 6.96	\$ 13.92 ✓
2	D.S NITROFLURANTOINA 300 MCG. INCLUYE 1 BRAZO DISPENSADOR DE DISCOS, ( 1 COT.)	C/U	\$ 6.96	\$ 13.92 ✓
MARCA: OXOID/THERMO SCIENTIFIC. ORIGEN INGLATERRA. TIEMPO DE ENTREGA: 45 DIAS HABLES FECHA DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA. USO: LABORATORIO CLINICO , S/C: 287/2015, AM: 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 (CÁVIVIENDA indiccando el nombre y número de la cuenta. PRESENTAR DECLARACION JURADA EN LA UFI JUNTO A LA FACTURA Y ORIGINAL DE ESTA ORDEN DE COMPRA.				
<b>SO.</b>	<b>TOTAL...</b>			<b>\$83.52</b> ✓

*2015/03/19  
11:57 AM*

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  <b>ADMINISTRACION</b>