



**ORDEN DE COMPRA No. 285**

FECHA: 11 DE MAYO 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

SIRVASE 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
1	KIT WELLCOGEN BACTERIAL ANTIGEN, PRESENTACION, KIT X 30 ENSAYOS, ( 1 COT.)  MARCA: REMEL  TIEMPO DE ENTREGA: 45 DIAS HÁBILES FECHA DE RECIBIDA ORDEN DE COMPRA.  USO: LABORATORIO CLINICO , S/C: 311/2015, AM: 28/2015  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.	C/U	\$ 1,165.00	\$ 1,165.00
<b>SO.</b>			<b>TOTAL...</b>	<b>\$ 1,165.00</b>

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS
- 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	
13/5/15	\$1,165.00	54113		   <b>ADMINISTRACIÓN</b>