

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.**NIT 899999032 - 5**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DIRECCIÓN FINANCIERA

REGISTRO PRESUPUESTAL: 2942

DEL AÑO FISCAL: 2015

CONTRATO: OCOC0020150599

A nombre de: 830025149 COVIDIEN COLOMBIA S.A. Se hizo el registro de el (Los) siguiente (s) compromiso (s):

RUBROS							
CDP	Fecha Disp.	Gasto	Fecha Venc.	Rubro	REC	CONCEPTO	VALOR
1177	30/11/2015	B	31/12/2015	41002	01	MATERIAL MEDICO QUIRURGICO	\$ 2.204.000,00
VALOR TOTAL ACTUAL:							\$ 2.204.000,00

OBJETO RP: Inventarios (Orden de Compra)

FECHA DE EXPEDICIÓN: 22/12/2015


MARLESBY SOTELO PUERTO

Subdirector Operativo con funciones de la Dirección Financiera

Usuario: 79002514

SEÑOR (ES) NIT. O C.C. 830025149

RAZÓN SOCIAL: COVIDIEN COLOMBIA S.A.

DIRECCION: CR CENTRAL DEL NORTE CR 7 KM 18 ED PRADOS DE LA MOREA

TELEFONO: 6578585 **N° FAX:** 6683777 EX.144

VIGENCIA: 30 DIAS **a partir de la fecha del RP. Posterior a esta fecha el presupuesto asignado sin ejecución, se entenderá de manera unilateral.**

Cotización No.

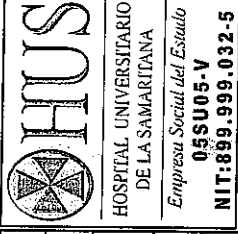
Lugar de Entrega

Forma de Pago 90 DIAS

Presupuesto 2015

Orden_Compra N°
OCOC0020150599

DÍA 18 **MES** 12 **AÑO** 2015



Con Cargo a CDP No. **SIRVASE SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS INDICADOS CONFORME A LAS CANTIDADES Y ESPECIFICACIONES ESTIPULADAS EN SU COTIZACION N° DE FECHA**

Item	Cód.Elemento	Descripción Completa del Elemento o Servicio	Presentación	Cantidad	Vr. Unitario	%IVA	Subtotal	Vr.IVA	Vr. Total
1	CT6941804	Sensor de monitoreo para saturación regional de oxígeno	41002	20	95.000,00	16,00	1.900.000	304.000	2.204.000
					UNIDAD				
					01 RECURSOS PROPIOS HUS				

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA L.S.E. NIT 899999032-5

ULTIMO RENGLON

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

Vo.Bo. SUMINISTRADOS *[Signature]*

Vo.Bo. DIRECCION ADMINISTRATIVA *[Signature]*

COMPRESE ORDENADOR *[Signature]*

TOTALES 1.900.000 304.000 2.204.000

RECIBI A SATISFACCIÓN ALMACEN

OBSERVACIONES COMPRA DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. LA SUPERVISION DE ESTA ORDEN DE COMPRA ESTARA A CARGO DEL LIDER DE FARMACIA QUIEN CERTIFICARA Y APROBARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO ASI COMO LOS RESPECTIVOS PAGOS. LA FORMA DE PAGO SERA A 90 DIAS FECHA FACTURA. LAS ENTREGAS SERAN PARCIALES A NECESIDAD DEL SERVICIO DE FARMACIA. SOLICITUD FB002015362. EN CASO DE CERCANIA DE VENCIMIENTO EL LIDER DE FARMACIA DEBERA NOTIFICAR CON DOS MESES DE ANTICIPACION AL PROVEEDOR Y ESTE DEBERA REALIZAR CAMBIO DEL PRODUCTO.

