

**SEÑOR (ES) NIT. O C.C. 890981683**

**RAZÓN SOCIAL:** CORP. DE FOMENTO ASIST. DEL HOSP. UNIV. SAN VICENTE DE PAUL

**DIRECCION:** CL 35 6 29

**TELEFONO:** 5114555      **Nº FAX:** 5116964

**VIGENCIA:** 90 DIAS / a partir de la fecha del RP. Posterior a esta fecha el presupuesto asignado sin ejecución, se entenderá reversado de manera unilateral.

**Cotización No.:** Lugar de Entrega: 90 DIAS

**Forma de Pago:** 2016

**Presupuesto:** 2016

**Orden Compra Nº:** OCOC0020160019

**DÍA:** 20      **MES:** 01      **AÑO:** 2016

**HUS**  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
Empresa Social del Estado  
055U05-V  
NIT: 899.999.032-5

SIR VASE SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS INDICADOS CONFORME A LAS CANTIDADES Y ESPECIFICACIONES ESTIPULADAS EN SU COTIZACION Nº DE FECHA

Item	Cód. Elemento	Descripción Completa del Elemento o Servicio	Detalle	Presentación	Cantidad	Vr. Unitario	% IVA	Vr. IVA	Vr. Total	
1	J01FC019701	CLINDAMICINA Sol Iny 600mg *	BTA	AMPOLLA	600	616,00	0,00	369.600	456.708,00	
2	B05BD009704	DEXTROSA AGUA DESTILADA (DAD) 5% Sol Iny 100mL *	BTA	BOLSA	84	1.037,00	0,00	87.108	369.600	
								<b>Subtotal</b>	<b>369.600</b>	<b>456.708,00</b>
								<b>Vr. IVA</b>	<b>87.108</b>	<b>0,00</b>
								<b>Vr. Total</b>	<b>87.108</b>	<b>369.600</b>

**Con Cargo a CDP No.:** 41001 01 RECURSOS PROPIOS HUS

**TOTALES**      456.708      456.708

**COMPRESO ORDENADOR**      RECIBÍ A SATISFACCIÓN ALMACEN

**V. B. DIRECCION ADMINISTRATIVA**      *[Signature]*

**OBSERVACIONES**      COMPRA DE MEDICAMENTOS, 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 FB0020160002. 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.

**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA E.S.E.**

**NIT 899999032 - 5**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**DIRECCIÓN FINANCIERA**

REGISTRO PRESUPUESTAL: 1024

DEL AÑO FISCAL: 2016

CONTRATO: OCOC0020160019

A nombre de: 890981683 CORP. DE FOMENTO ASIST. DEL HOSP. UNIV. SAN VICENTE DE PAUL Se hizo el registro de el (Los) siguiente (s) compromiso (s):

RUBROS							
CDP	Fecha Disp.	Gasto	Fecha Venc.	Rubro	REC	CONCEPTO	VALOR
50	06/01/2016	B	31/12/2016	41001	01	MEDICAMENTOS	\$ 456.708,00
VALOR TOTAL ACTUAL:							\$ 456.708,00

OBJETO RP: Inventarios (Orden de Compra)

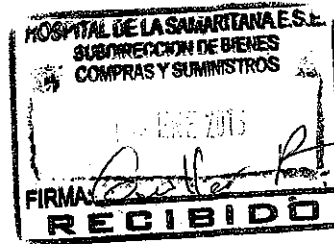
FECHA DE EXPEDICIÓN: 29/01/2016

  
**MARLESBY SOTELO PUERTO**

Subdirector Operativo con funciones de la Dirección Financiera

Usuario: 11222192

Señores  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA**  
 Subdirección de Bienes Compras y Suministros  
 Edificio Administrativo Piso 3  
[gladys.quintero@hus.org.co](mailto:gladys.quintero@hus.org.co) / [jose.rubio@hus.org.co](mailto:jose.rubio@hus.org.co)  
 Ciudad



Respetados señores:

De acuerdo con su solicitud para compra directa de medicamentos estamos ofertando los siguientes productos fabricados por CORPAUL:

ITEM	CODIGO	PRODUCTO	PRESENTACION UNIDAD	CANTIDAD OFERTADA BOGOTA	CANTIDAD OFERTADA ZIPAQUIRA	CANTIDAD TOTAL OFERTADA	FACTOR EMPAQUE	VALOR UNITARIO	VR. TOTAL
41	J01FC019701	CLINDAMICINA 600mg/4mL	AMPOLLA POLIETILENO 4mL	600	0	600	CAJA X 50 AMP X 2mL	616	369.600
52	B05BD009704	DEXTROSA 5% X 100 mL	BOLSA POLIETILENO X 100mL	56	0	56	CAJA X 84 BOLSAS X 100mL	1.037	58.072
53	B0580009703	DEXTROSA 50% X 500 mL	BOLSA POLIETILENO X 500mL	0	36	36	CAJA X 35 BOLSAS X 500mL	4.420	159.120
73	J02AF009701	FLUCONAZOL 200mg x 100mL Solucion Inyectable	BOLSA POLIETILENO X 500mL	230	0	230	CAJA X 84 BOLSAS X 100mL	3.930	903.900
78	J01GG003703	GENTAMICINA 80mg/2mL (4%) (80mg)	AMPOLLA POLIETILENO 2mL	730	60	790	CAJA X 5 AMP X 2mL	251	198.290
107	D05AA015374	LIDOCAINA CLORHIDRATO AL 2% X 10mL	AMPOLLA POLIETILENO 10mL	480	240	720	CAJA X 50 AMP X 10mL	420	302.400
<b>VALOR TOTAL DE LA OFERTA</b>				<b>2.096</b>	<b>336</b>	<b>2.432</b>			<b>1.991.382</b>

**CONDICIONES COMERCIALES**

- IVA : EXCLUIDO
- PRODUCTO PUESTO EN BOGOTA y ZIPAQUIRA
- FORMA DE PAGO: NETO A 90 DIAS
- PEDIDO MINIMO: \$300,000,00 POR PUNTO DE ENTREGA
- VIGENCIA DE LA COTIZACION: HASTA EL 31 DE ENERO DE 2,016
- OBSERVACION : LAS SOLICITUDES DE DESPACHO DEBEN SER AJUSTADAS A LA UNIDAD DE EMPAQUE DE CADA PRODUCTO

**PEDIDOS Y ENTREGA:**

Mail: [pedidos@corpaul.com](mailto:pedidos@corpaul.com)  
 Tel. Guarne: 448 0550 Opción 1 Ext 138 -146 -137 - Fax: 530 1775 y 530 0931 / Tel. Bogotá: 345 0133 - Fax: 235 6569  
 Pedidos hasta las 10:00am para despacho el mismo día. Pedidos recibidos después de las 10:00 m, salen de nuestras bodegas al siguiente día habil.  
 HORARIO DE ATENCIÓN: De lunes a viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.

**ANEXOS**

- carta de presentacion
- Camara de Comercio
- Cedula Representante Legal
- Poder
- Cédula Apoderada
- RUT
- Paz y Salvo Parafiscal
- Formato diligenciado registro de proveedores
- Ficha Técnica
- Registro Sanitario

**CORPAUL**  
 SANDRA TOVAR RIANO  
 Apoderada - Representante Legal

**CORPORACIÓN DE FOMENTO ASISTENCIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL**

Domicilio Principal Medellín: Carrera 52A No. 39-80 Teléfono único: 448 05 50  
 Bogotá: Transversal 9 No.55-67 Oficina 201 PBX: 345 01 33  
[www.corpaul.com](http://www.corpaul.com)  
 OFERTA COMPRA DIRECTA MEDICAMENTOS SAMARITANA 201-01-13