

		<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>	
Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", San Bartolo, San Salvador		UNIDAD DE ADQUISICIONES	PREVISION NO:
UACI del Hospital Nacional San Bartolo		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

<b>Lugar y Fecha:</b>	<b>San Bartolo 10 de Febrero del 2015</b>	No.Orden:006/2015
-----------------------	---	-------------------

<b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>	<b>NIT</b>
A.P.K. INC., S.A. de C.V.	██████████

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--PRODUCTO PARA TRATAMIENTO QUÍMICO DE AGUA EN CALDERAS	-	-
30	Galón	ANTI INCRUSTANTE A-245, MARCA LONZA, ORIGEN: EEUU.	\$17.00	\$510.00
20	Galón	ANTI OXIDANTE. SULFITO AB-125L, MARCA LONZA. ORIGEN: EEUU	\$17.00	\$340.00
30	Galón	AMINA EVAPORATIVA A-310, MARCA LONZA. ORIGEN: EEUU	\$17.00	\$510.00
0	Cada Uno	LA EMPRESA SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LAS ESPECIFICACIONES DE LA COTIZACIÓN PRESENTADA QUE FORMA PARTE ÍNTEGRA DE LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA.	\$0.00	\$0.00
0	Cada Uno	EL HOSPITAL SE RESERVA EL DERECHO DE RECIBIR O RECHAZAR EL PRODUCTO HASTA QUE EL ADMINISTRADOR DE ESTA ORDEN SE ENCUENTRE EN ENTERA SATISFACCIÓN.	\$0.00	\$0.00
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	\$1,360.00

SON: mil trescientos sesenta 00/100 dolares

OBSERVACION: SE CUMPLIRÁN LOS TIEMPOS DE ENTREGA ESTABLECIDOS EN LA ORDEN DE COMPRA. -APEGARSE A LA DESCRIPCIÓN DE LA ORDEN DE COMPRA. -PRESENTAR 6 COPIAS DE FACTURA. -REFLEJAR EN SU FACTURA EL NUMERO DE NIT DEL HOSPITAL 0614-100696-104-0. REFLEJAR EL 1% DE RETENCIÓN. -EL NUMERO DE ORDEN DE COMPRA Y EL TIPO DE FONDO: GOES. ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA: Ing. Francisco Franco Santos, TEL. 2295-0691 / 1357.

LUGAR DE ENTREGA:OFICINAS DE ALMACEN DEL HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGÉLICA VIDAL DE NAJARRO SAN BARTOLO. HORARIO DE 7:30 AM A 12:30 MD, Y DE 1:30 PM A 3:30 PM

LUGAR DE NOTIFICACIONES:N/A

 Titular o Designado		 Jefe de Mantenimiento	
 Suministrante			

Elaborado por: lespinoz

*No los llamo correo por razones que desconozco.*

UACI NSB

FECHA ENVIO FAX: \_\_\_\_\_

PERS. CONF. FAX: \_\_\_\_\_

Nº DE HOJA: \_\_\_\_\_ PÁGINAS: 11

HORA DE CONFIRMA: \_\_\_\_\_