

VERSIÓN PÚBLICA

“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ellos los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)

“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”



GOBIERNO DE EL SALVADOR

Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", San Bartolo, San Salvador

UNIDAD DE ADQUISICIONES

Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL

PREVISION NO:101

UACI del Hospital Nacional San Bartolo

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:

San Bartolo 09 de Junio del 2016

No.Orden:102/2016

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE

NIT

EDITORIAL ALTAMIRANO MADRIZ S.A. DE C.V.

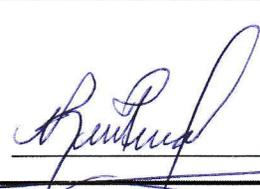
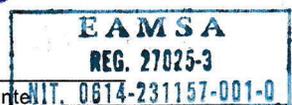
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0101 Dirección Superior y Administración--SUSCRIPCIÓN ANUAL DE PERIODICO	-	-
1	Cada Uno	SUSCRIPCIÓN ANUAL DE PERIÓDICO EDH, PARA EL HOSPITAL (PERIODO 14 DE JUNIO DE 2016 AL 13 DE JUNIO DE 2017) 1 EJEMPLAR DIARIO.	\$140.00	\$140.00
0	Cada Uno	SE ENTREGARA UN EJEMPLAR DEL PERIÓDICO CADA DIA, EN PORTERÍA DEL HOSPITAL;LA SUSCRIPCIÓN INCLUYE: 1 EJEMPLAR DE REVISTA HOLA POR MES.	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$140.00

SON: ciento cuarenta 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 7 COPIAS DE FACTURA. ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA: Licda. Vilma Rodríguez.; TEL. 2201-3103 REFLEJAR EN SU FACTURA EL NUMERO DE NIT DEL HOSPITAL 0614-100696-104-0. REFLEJAR EL 1% DE RETENCIÓN. --EL NÚMERO DE ORDEN DE COMPRA Y EL TIPO DE FONDO: GOES

LUGAR DE ENTREGA:HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGELICA VIDAL DE NAJARRO SAN BARTOLO

LUGAR DE NOTIFICACIONES:DEBERÁ PRESENTAR EN LA UACI DEL HOSPITAL DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIZACIÓN DE DEPOSITO DE PAGO. ADJUNTAR A DICHA DECLARACIÓN JURADA: COPIA DE TARJETA DE CUENTA BANCARIA Ó NOTA DEL BANCO Ó ENTIDAD FINANCIERA QUE DETALLE EL NÚMERO DE CUENTA.

 Titular Designado	 Suministrante
	 

Elaborado por:pvides

UACI:

FECHA ENVIO FAX: 10 JUN 2016

PERS. CONF. FAX: Walter Gómez

Nº DE HOJAS ENVIADAS: 1

HORA DE CONFIRMA: 11:54am

UACI