


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)

	GOBIERNO DE EL SALVADOR	
Hospital Nacional "Enfermera Angélica Vidal de Najarro", San Bartolo, San Salvador	UNIDAD DE ADQUISICIONES	PREVISIÓN No:202
UACI del Hospital Nacional San Bartolo	Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL	

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Lugar y Fecha:	San Bartolo 28 de Febrero del 2018	No.Orden:17/2018
----------------	---	------------------

RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE	NIT
DUTRIZ HERMANOS, S.A. DE C.V.	06140310350015


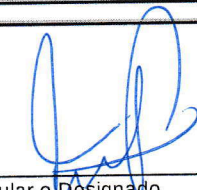

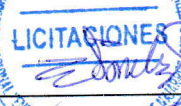

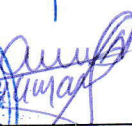


CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--PUBLICACIÓN EN MEDIO ESCRITO DE AVISO DE RESULTADO	-	-
1	Cada Uno	AVISO DE RESULTADO DE LP 03/2018 Y 04/2018, PAUTA 01/03/2018, MEDIDAS: 3 COL X 4"	\$169.50	\$169.50
0	Cada Uno	INCLUIR DOS EJEMPLARES DE LA PUBLICACIÓN.	\$0.00	\$0.00
-	-	TOTAL.....	-	\$169.50

SON: ciento sesenta y nueve 50/100 dolares

OBSERVACION: LA EMPRESA DEBERA CUMPLIR LOS TIEMPOS DE ENTREGA ESTABLECIDOS EN LA ORDEN DE COMPRA. *ADMINISTRADOR DE ESTA ORDEN DE COMPRA ES: SRA.BLANCA SANCHEZ,TEL.2201-3188. *FAVOR PRESENTAR 7 COPIAS DE FACTURAS. *PARA LA ELABORACION DE LA FACTURA APEGARSE A LA DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO DETALLADO EN LA ORDEN DE COMPRA Y REFLEJAR EN LA MISMA: EL NUMERO DE NIT DEL HOSPITAL 0614-100696-104-0. *REFLEJAR EL 1% DE RETENCIÓN. *EL NÚMERO DE ORDEN DE COMPRA. *GARANTIA Y EL TIPO DE FONDOS:PROPIOS

LUGAR DE ENTREGA:HOSPITAL NACIONAL ENFERMERA ANGÉLICA VIDAL DE NAJARRO SAN BARTOLO, UBICADO EN BOULEVARD SAN BARTOLO Y CALLE MELÉNDEZ, CONTIGUO A ZONA FRANCA, 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 o Designado	 
 	  Suministrante

Elaborado por: pvtides

UACI-MNSB
 FORMA ENVIO FAX: **28 FEB 2018**
 MRS. CONF. FAX: **Erica Cenato**
 Nº DE HOJAS ENVIADAS: **380**
 HORA DE CONFIRMA: **1**

UACI