

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 ello 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 "San Juan de Dios", Santa Ana		UNIDAD DE ADQUISICIONES		PREVISIÓN NO 202
UACI del Hospital de Santa Ana		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS				
Lugar y Fecha:		Santa Ana 27 de Junio del 2018		No. Orden: 2018302/2018
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE			NIT	
DIAGNOSTICO POR IMAGENES Y PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS, S.A. DE C.V.			<input type="text"/>	
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA 0202 Atención Hospitalaria- PRESTACION DE SERVICIOS	-	-
1	Cada Uno	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE CEREBRO A PACIENTE XXXX	\$80.00	\$80.00
-	-	TOTAL	-	\$80.00
SON: ochenta 00/100 dolares				
OBSERVACION: RECURSOS PROPIOS.- SERVICIO SOLICITANTE: TRABAJO SOCIAL.				
LUGAR DE ENTREGA: TRABAJO SOCIAL				
LUGAR DE NOTIFICACIONES:				
 Titular o Designado				
 Suministrante				

Elaborado por: gmfu

232

		GOBIERNO DE EL SALVADOR		
Hospital Nacional "San Juan de Dios", Santa Ana		UNIDAD DE ADQUISICIONES		PREVISIÓN NO:202
UACI del Hospital de Santa Ana		Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL		
ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS				
Lugar y Fecha:	Santa Ana 27 de Junio del 2018		No.Orden:2018302/2018	
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE				
DIAGNOSTICO POR IMAGENES Y PROCEDIMIENTOS RADIOLOGICOS, S.A. DE C.V.				
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--PRESTACION DE SERVICIOS	-	-
1	Cada Uno	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DE CEREBRO A PACIENTE XXXX	\$80.00	\$80.00
-	-	TOTAL.....	-	\$80.00
SON: ochenta 00/100 dolares				
LUGAR DE ENTREGA:TRABAJO SOCIAL				
_____ Titular o Designado		_____		
_____		_____ Suministrante		

Elaborado por:gsolis