

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 17 de Julio del 2018		No.Orden:2018325/2018
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE				NIT
CENTRO DE IMAGENES RADIOLOGICAS DE OCCIDENTE SA. DE C.V				<input type="text"/>
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria- PRESTACION DE SERVICIOS	-	-
1	Cada Uno	DOPPLER COLOR VENOSO MI A PACIENTE HUGO ALFREDO MEDINA	965.00	\$65.00
-	-	TOTAL	-	\$65.00
SON: sesenta y cinco 00/100 dolares				
OBSERVACION: RECURSOS PROPIOS - SERVICIO SOLICITANTE: TRABAJO SOCIAL-				
LUGAR DE ENTREGA:TRABAJO SOCIAL				
LUGAR DE NOTIFICACIONES:				
 Titular o Designado		 FACTURAR POR TESORERIA HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SANTA ANA RECURSOS PROPIOS		
 Suministrante				

Elaborado por: gvois

		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 17 de Julio del 2018		No.Orden:2018325/2018	
RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE				
CENTRO DE IMAGENES RADIOLOGICAS DE OCCIDENTE SA. DE C.V				
CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--PRESTACION DE SERVICIOS	-	-
1	Cada Uno	DOPPLER COLOR VENOSO MII A PACIENTE HUGO ALFREDO MEDINA	\$65.00	\$65.00
-	-	TOTAL.....	-	\$65.00
SON: sesenta y cinco 00/100 dolares				
LUGAR DE ENTREGA:TRABAJO SOCIAL				
_____ Titular o Designado		_____		
_____		_____ Suministrante		

Elaborado por:gsolis