

•  
•

•  
•

## **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”

	<b>GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>	<b>16</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**

Lugar y Fecha:	<b>San Bartolo 03 de Noviembre del 2016</b>	No. Orden: 189/2016
----------------	---	---------------------

<b>RAZON SOCIAL DEL SUMINISTRANTE</b>	<b>NIT</b>
EDITORIAL ALTAMIRANO MADRIZ S.A. DE C.V.	[REDACTED]

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO	VALOR
			UNITARIO	TOTAL
-	-	LINEA:0202 Atención Hospitalaria--PUBLICACION DE AVISO DE CONVOCATORIA DE LP 02/2017	-	-
1	Adquisición	PAUTA DE ANUNCIO EN PAGINAS INTERIORES SECCION LICITACIONES, MEDIDAS 3COL. X 3.00" ALTO, BLANCO Y NEGRO, AVISO DE CONVOCATORIA LP 02/2017	\$133.74	\$133.74
1	Cada Uno	PAUTA: 14 DE NOVIEMBRE DE 2016	\$0.00	\$0.00
-	-	<b>TOTAL.....</b>	-	\$133.74

SON: ciento treinta y tres 74/100 dolares

OBSERVACION: SE CUMPLIRAN LOS TIEMPOS DE ENTREGA ESTABLECIDOS EN LA ORDEN DE COMPRA. A-APEGARSE A LA DESCRIPCION DE LA ORDEN DE COMPRA. A-PRESENTAR 7 COPIAS DE FACTURA. A-REFLEJAR EN SU FACTURA EL NUMERO DE NIT DEL HOSPITAL 0614-100696-104-0. REFLEJAR EL 1% DE RETENCION. A-EL NUMERO DE ORDEN DE COMPRA Y EL TIPO DE FONDO: PROPIOS. ADMINISTRADOR DE ORDEN DE COMPRA: SRA. BLANCA ESTELA SANCHEZ, TEL. 2201-3188.

LUGAR DE ENTREGA: OFICINAS DE LA UACI DEL HOPITAL 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: PRESENTAR EN LA UACI DEL HOSPITAL DECLARACION JURADA DE AUTORIZACION DE DEPÓSITO A CUENTA. ADJUNTAR A LA DECLARACION COPIA DE TARJETA DE CUENTA BANCARIA O NOTA DEL BANCO O ENTIDAD FINANCIERA QUE DETALLE EL NUMERO DE CUENTA.

 Titular Designado	 Sanchez
 [Signature]	Suministrante [Signature]

Elaborado por: [Signature]



ACTUALIZADA

<b>UACI-HNSB</b>
FECHA ENVIO FAX: <u>4/11/2016</u>
PERS. CONFI. FAX: <u>Sandra Morales</u>
Nº DE HOJAS ENVIADAS: <u>1</u>
HORA DE CONFIRMA: <u>1:25 PM</u>

vaca