



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)



Hospital Nacional
"Dr. Juan José Fernández"
 Zacamil, Mejicanos, S.S



CUENTA:

HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.

SUMINISTRANTE: YENI LETICIA ROMERO MARTINEZ	ORDEN DE COMPRA N°	3215-35-2017
	SOLICITUD N°	43-2017
PLAZO DE ENTREGA: INMEDIATA	FECHA	24-ene-17
LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL		
UNIDAD SOLICITANTE: SUBDIRECCION MEDICA	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: Dra. Antonieta Peralta	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicios Profesionales de Psicologa para Atencion de Victimas de Violencia, para un periodo del 03 de enero al 03 de febrero de 2017	Mes	1	\$ 500.58	\$ 500.58
	Para cancelar Servicios prestados de Psicologa para atencion de victimas.Se elabora unica orden de compra (-10% de renta)				
MONTO TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS 58/100 DÓLARES					\$ 500.58
Específico	54599				Línea de Trabajo:02-02
Valor US \$	\$ 500.58				Fondos: Propios

NOTA: La mercadería deberá ser entregada en el almacén indicado, facturada en 8 copias a nombre de la cuenta especificada en el cuadro superior derecho de esta orden; deberá llevar en un lugar visible la fecha de vencimiento, número de lote del producto y el número de esta Orden, DETALLAR EL 1% DE IVA RETENIDO EN FACTURA. Queda entendido que al formalizar la Orden de Compra, se somete en todo a lo que establece la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública y su reglamento En caso de no realizarse esta negociación, le solicitamos devolver esta Orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes. **LA FECHA DE ENTREGA SURTIRA EFECTO A PARTIR DE LA FIRMA DE ESTA ORDEN, POR PARTE DEL CONTRATISTA.**

GESTIONÓ (UACI)	AUTORIZÓ (DIRECTOR)	REGISTRÓ (UFI)	PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello
-----------------	---------------------	----------------	---