



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: MARLON AMILCAR RIVERA NUÑEZ,	ORDEN DE COMPRA N°	3215-253-2017
NIT:	SOLICITUD N°	198-2017
PLAZO DE ENTREGA: INMEDIATO	FECHA	16-oct-17
LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL		
UNIDAD SOLICITANTE: AREA DE EMERGENCIA	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: LICDA. EDITH M. AMAYA	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicios Profesionales de 1 Recurso de enfermero para el área de Emergencia. Octubre17, según plan de trabajo	Horas	168	\$ 3.00	\$ 504.00
2	Servicios Profesionales de 1 Recurso de enfermero para el área de Emergencia. noviembre/17, según plan de trabajo	Horas	168	\$ 3.00	\$ 504.00
3	Servicios Profesionales de 1 Recurso de enfermero para el área de Emergencia. Diciembre 2017, según plan de trabajo	Horas	168	\$ 3.00	\$ 504.00
	Para cancelar servicios prestados en el area de Emergencia de este hospital.Se elabora unica orden de compra (-10% de renta)				
MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL QUINIENTOS DOCE 00/100 DÓLARES					\$ 1,512.00
Específico	54501				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 1,512.00				Fondos: Propios

NOTA: Debera presentar el respectivo comprobante de cobro en la Unidad Financiera Institucional reflejando el 10% de Impuesto Sobre la Renta, acompañado de la respectiva Acta de Recepcion suscrita con el Administrador de la orden de compra. inmediatamente finalizado el mes de servicio. Por tratarse de servicios tecnicos y/o profesionales, esta contratación no incluye ninguna prestación laboral o social.Sin ninguna responsabilidad patronal por parte de la Institución.

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