



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: SARA NOEMI QUINTANILLA CARRILLO	ORDEN DE COMPRA N°	3215-277-2017
NIT:	SOLICITUD N°	218-2017
PLAZO DE ENTREGA: INMEDIATO	FECHA	28-ago-17
LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL		
UNIDAD SOLICITANTE: ENFERMERIA	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: LIC. CARMEN ADILIA SORTO	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Compra de Servicios Profesionales de Recursos de enfermería para el área de Emergencia. del mes de septiembre/2017	horas	100	\$ 3.00	\$ 300.00
2	Compra de Servicios Profesionales de Recursos de enfermería para el área de Emergencia. del mes de octubre/2017	horas	100	\$ 3.00	\$ 300.00
3	Compra de Servicios Profesionales de Recursos de enfermería para el área de Emergencia. del mes de noviembre/2017	horas	100	\$ 3.00	\$ 300.00
	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: NOVECIENTO 00/100 DÓLARES					\$ 900.00
Especifico	54501				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 900.00				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
-----------------	---------------------	----------------	---