



## ***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: <b>JOSE IVAN MONTOYA CASTANEDA</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-284-2017</b>
NIT:	SOLICITUD N°	<b>226-2017</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>INMEDIATO</b>	FECHA	<b>26-oct-17</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>GINECOLOGIA OBSTETRICIA</b>	FORMA DE PAGO	
ADMON. DE ORDEN: <b>Dr. Alex Benjamin Amaya Galindo</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicios Profesionales de un Medico Especialista en Ginecologia y Obstetricia, para cubrir vacaciones anuales de 2 medicos.Periodo del mes de Noviembre /2017	Mes	1	\$ 1,260.00	\$ 1,260.00
	Para cancelar servicios prestados en el area de Ginecologia y Obstetricia de este hospital. Se elabora unica orden de compra (-10% de renta)				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: UN MIL DOSCIENTOS SESENTA 00/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 1,260.00</b>
Específico	<b>54501</b>				<b>Línea de Trabajo: 02-02</b>
Valor US \$	<b>\$ 1,260.00</b>				<b>Fondos: Propios</b>

Recurso que sera contratado para cubrir vacaciones anuales de 2 medicos especialista de este hospital.

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