



## ***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>MOISES GEOVANNY RIVERA SIGUENZA.</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-187-2018</b>
	SOLICITUD N°	<b>116-2018</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>INMEDIATA</b>	FECHA	<b>07-may-18</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>AREA DE ANESTESIOLOGIA</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>DR. ARISTIDES RIVAS SANTOS</b>	<b>CRÉDITO 60 DÍAS</b>	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicios Profesionales de Licenciado en Anestesiología, para cubrir turnos en area de Emergencia , Sala de Operaciones y partos de este hospital. Para los meses de mayo, junio, julio/2018	MESES	3	\$ 399.43	\$ 1,198.29
	Para Cancelar Servicios prestados en el area de Emergencia, sala de operaciones y partos de este hospital. Se elabora unica orden de compra (-10% de				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: MIL CIENTO NOVENTA Y OCHO 29/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 1,198.29</b>
Específico	<b>54501</b>				Línea de Trabajo: <b>02-02</b>
Valor US \$	\$ 1,198.29				<b>Fondos: Propios</b>

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
-----------------	---------------------	----------------	---