



## ***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>JAIME RICARDO ALVAREZ ZELAYA</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-256-2018</b>
	SOLICITUD N°	<b>150-2018</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>INMEDIATO</b>	FECHA	<b>10-jul-18</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>SUBDIRECCION MEDICA</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>DRA. ANTONIETA PERALTA</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicio Profesional de un Psiquiatra , para Atención a Víctimas de Violencia y Salud Mental. Para un periodo de seis meses de enero a junio/2018 , pagando una cuota de \$ 1,211.43 mensual	MESES	6	\$ 1,211.43	\$ 7,268.58
	Para cancelar Servicios Prestados de Psiquiatra para Atencion a victimas de Violencia .Se elabora unica orden de compra los pagos seran parciales (-10% de renta )				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: SIETE MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO 58/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 7,268.58</b>
Específico	<b>54501</b>				<b>Línea de Trabajo: 02-02</b>
Valor US \$	\$ 7,268.58				<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