



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: FRANCISCO JOSE ALABI MONTOYA	ORDEN DE COMPRA N°	3215-283-2018
NIT:	SOLICITUD N°	165-2018
PLAZO DE ENTREGA: INMEDIATO	FECHA	22-ago-18
LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL		
UNIDAD SOLICITANTE: BIENESTAR MAGISTERIAL.	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: DRA. CITLALLY SOLORZANO	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicios Profesionales médico, para la atención de pacientes del programa de Bienestar Magisterial, Para realizar turnos de 24 horas con horarios de 6:00 a.m a 6:00 a.m del día siguiente, cada 4 días a demas de cubrir fines de semana y festivos , correspondiente a los meses de Agosto a Diciembre de 2018.	Mes	5	\$ 1,000.00	\$ 5,000.00
	Para Cancelar Servicios prestados en el area de Bienestar Magisterial de este hospital. Se elabora unica orden de compra (-10% de renta) , pago \$ 1,000.00 c/m				
MONTO TOTAL EN LETRAS: CINCO MIL 00/100 DÓLARES					\$ 5,000.00
Específico	54501				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 5,000.00				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
-----------------	---------------------	----------------	---