



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: JAIME RICARDO ALVAREZ ZELAYA	ORDEN DE COMPRA N°	3215-414-2018
NIT:	SOLICITUD N°	201-2018
PLAZO DE ENTREGA: INMEDIATO	FECHA	23-nov-18
LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL		
UNIDAD SOLICITANTE: SUBDIRECCION MEDICA	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: DRA. ANTONIETA PERALTA	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Servicio Profesional de un Psiquiatra para Atencion a Víctimas de Violencia y Salud Mental. Para un periodo del 04 de octubre al 31 de Octubre/2018	Dias	28	\$ 39.08	\$ 1,094.24
2	Servicio Profesional de un Psiquiatra para Atencion a Víctimas de Violencia y Salud Mental. Para un periodo del mes de Noviembre de 2018	Mes	1	\$ 1,211.43	\$ 1,211.43
3	Servicio Profesional de un Psiquiatra para Atencion a Víctimas de Violencia y Salud Mental. Para un periodo del mes de Diciembre/2018	Mes	1	\$ 1,211.43	\$ 1,211.43
	Para cancelar servicios prestados de Psiquiatra de Atencion a Víctimas de Violencia. Se elabora unica orden de compra (-10% de renta)				
MONTO TOTAL EN LETRAS: TRES MIL QUINIENTOS DIECISIETE 10/100 DÓLARES					\$ 3,517.10
Específico	54501				Línea de Trabajo: 02-02
Valor US \$	\$ 3,517.10				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
-----------------	---------------------	----------------	---