



## ***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>MARIA ISABEL LOPEZ</b>	ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-428-2018</b>
NIT:	SOLICITUD N°	<b>225-2018</b>
PLAZO DE ENTREGA: <b>INMEDIATO</b>	FECHA	<b>28-nov-18</b>
LUGAR DE ENTREGA: <b>HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL</b>		
UNIDAD SOLICITANTE: <b>DEPTO DE ENFERMERIA</b>	FORMA DE PAGO	
ADMN. DE ORDEN: <b>LIC. JOSUE MAURICIO DELGADO</b>	CRÉDITO 60 DÍAS	

RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	Compra de servicios profesionales de un recurso de enfermeria para area de Emergencia en el mes de Noviembre/18 , según plan de trabajo	HORAS	160	\$ 3.00	\$ 480.00
2	Compra de servicios profesionales de un recurso de enfermeria para area de Emergencia en el mes de Diciembre/18 , según plan de trabajo	HORAS	160	\$ 3.00	\$ 480.00
	Para cancelar servicios prestados en el area de Emergencia de este hospital. Se elabora unica orden de compra (-10% de renta), Sol. 0686-2018				
<b>MONTO TOTAL EN LETRAS: NOVECIENTOS SESENTA 00 /100 DÓLARES</b>					<b>\$ 960.00</b>
Específico	<b>54501</b>				<b>Línea de Trabajo: 02-02</b>
Valor US \$	<b>\$ 960.00</b>				<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
-----------------	---------------------	----------------	---