



MINISTERIO  
DE SALUD

**Hospital Nacional**  
“Dr. Juan José Fernández”  
**Zacamil, Mejicanos, S.S.**



---

## *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)**



MINISTERIO  
DE SALUD

Hospital Nacional  
"Dr. Juan José Fernández"  
Zacamil, Mejicanos, S.S



**CUENTA:**

**HOSPITAL NACIONAL "DR. JUAN JOSE FERNANDEZ" ZACAMIL, MEJICANOS, S.S.**

SUMINISTRANTE: <b>CECILIA MABEL CAMPOS BAIRE</b>		ORDEN DE COMPRA N°	3215-442-2019		
		SOLICITUD N°	359-2019		
PLAZO DE ENTREGA: <b>ESPECIFICADO EN EL RENGLÓN</b>		FECHA	13-nov-19		
LUGAR DE ENTREGA: <b>HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDES"</b>					
UNIDAD SOLICITANTE: <b>ALIMENTACIÓN Y DIETAS</b>			FORMA DE PAGO		
ADMÓN. DE ORDEN: <b>LIC. SUSANA DE GÓCHEZ</b>			CRÉDITO 60 DÍAS		
RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	<b>SERVICIOS PROFESIONALES</b> DE NUTRICIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE ALIMENTACIÓN Y DIETAS NOMBRE: CECILIA MABEL CAMPOS BAIRE PERIODO: 01 NOVIEMBRE – 23 DICIEMBRE 2019 HORARIO: LUNES-VIERNES (7:00 AM A 3:00 PM) NOVIEMBRE: DEL 01 AL 30 \$369.72 DICIEMBRE: DEL 01 AL 23 \$274.36	MES	1	\$ 644.08	\$ 644.08
<b>MONTO EN LETRAS: SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO 08/100 DÓLARES</b>					<b>\$ 644.08</b>
Específico	54501				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 644.08				Fondos: <b>PROPIOS</b>

NOTA: DEBERÁ 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 RECEPCIÓN SUSCRITA CON EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA. INMEDIATAMENTE FINALIZADO EL MES DEL 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. FONDOS SEGÚN SOLICITUD #0059

GESTIONÓ (UACI)	AUTORIZÓ (DIRECTOR)	REGISTRÓ (UFI)	PROVEEDOR: Nombre, firma, fecha y sello
-----------------	---------------------	----------------	---