



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: MARTA LORENA GARCIA LEIVA			ORDEN DE COMPRA N°	3215-022-2020	
			SOLICITUD N°	25-2020	
PLAZO DE ENTREGA: ESPECIFICADO EN EL RENGLÓN			FECHA	08-ene-20	
LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ"					
UNIDAD SOLICITANTE: DIRECCIÓN			FORMA DE PAGO		
ADMN. DE ORDEN: DRA. YANIRA ZEPEDA			CRÉDITO 60 DÍAS		
RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	SERVICIOS PROFESIONALES DE UN RECURSO PARA TRABAJO SECRETARIAL PARA EL DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN HORARIO: LUNES-VIERNES (7:30 AM A 3:30 PM) ENERO: DEL 03 AL 31 \$318.13 FEBRERO: DEL 01 AL 29 \$340.00 MARZO: DEL 01 AL 31 \$340.00 ABRIL: DEL 01 – 03 Y DEL 14-30 \$226.60 MAYO: DEL 02 AL 31 \$329.10 JUNIO: DEL 01-16 Y DEL 18-30 \$328.57	MES	1	\$1,882.40	\$ 1,882.40
MONTO EN LETRAS: MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS 40/100 DÓLARES					\$ 1,882.40
Específico	54399				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 1,882.40				Fondos: <i>PROPIOS</i>

NOTA: DEBERÁ PRESENTAR EL RESPECTIVO COMPROBANTE DE COBRO EN LA UNIDAD FINANCIERA INSTITUCIONAL REFLEJANDO EL 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 #2097

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