



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: JUAN CARLOS ROMERO FERNANDEZ		ORDEN DE COMPRA N°	3215-255-2020		
		SOLICITUD N°	190-2020		
PLAZO DE ENTREGA: ESPECIFICADO EN EL RENGLÓN		FECHA	01-jul-20		
LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ"					
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 DE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCIÓN Y DESPACHO DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE B.M. PERIODO: 01 JULIO – 31 DICIEMBRE 2020 PARA LABORAR 8 HORAS DIARIAS DE 7:00 AM A 3:00 PM DE LUNES-VIERNES EN HORARIO ADMINISTRATIVO. PARA REALIZAR FUNCIONES TANTO ADMINISTRATIVAS COMO OPERATIVAS PROPIAS DE AREA CLINICA DE BM Y TENER CONOCIMIENTOS DE COMPUTACIÓN PARA CAPTURA DE DATOS	MES	6	\$ 375.00	\$ 2,250.00
MONTO EN LETRAS: DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA 00/100 DÓLARES					\$ 2,250.00
Específico	54399				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 2,250.00				Fondos: PROPIOS

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 #1441

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