



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>ORANTES DURAN CARLOS ALBERTO</b>			ORDEN DE COMPRA N°	<b>3215-327-2020</b>	
NIT:			SOLICITUD N°	<b>241-2020</b>	
PLAZO DE ENTREGA : <b>DEL 1 DE SEPTIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2020</b>			FECHA	<b>18-ago-20</b>	
LUGAR DE ENTREGA : <b>HOSPITAL NACIONAL ZACAMIL "DR. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ"</b>					
UNIDAD SOLICITANTE : <b>DIVISION ADMINISTRATIVA</b>			FORMA DE PAGO		
ADMN. DE ORDEN : <b>ING. SANDRA MARGARITA GAVIDIA</b>			CRÉDITO 60 DÍAS		
RGN.	DESCRIPCIÓN	U/M	CANTIDAD	PRECIO U. \$	TOTAL \$
1	SERVICIOS PROFESIONALES DE COLABORADOR TECNICO ADMINISTRATIVO NOMBRE: CARLOS ALBERTO ORANTES DURAN PERÍODO DE: 01 DE SEPTIEMBRE A 31 DE DICIEMBRE DE 2020 CON HORARIO DE 7:30 A.M. A 3:30 P.M DE LUNES A VIERNES	SERVICIO	4	\$ 700.00	\$ 2,800.00
<b>MONTO EN LETRAS: DOS MIL OCHOCIENTOS 00/100</b>					<b>\$ 2,800.00</b>
Específico	54399				Línea de Trabajo: 0202
Valor US \$	\$ 2,800.00				Fondos: <b>Propios</b>

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 #2159

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