



**HOSPITAL NACIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL**  
**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**  
**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

Final 11 Calle Poniente y 23AV Sur Colonia Ciudad Jardín, "San Miguel"

**Lugar y Fecha:** San Miguel, 22 de Enero de 2016 ✓ **No de Orden:** 008 ✓  
**Solicitante:** Sección Transporte ✓ **Solicitud No:** 001/2016  
**Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante:** TALLER DIDEA, S.A. DE C.V. ✓ **NIT Y / O NRC:** 0614-010462-002-1  
**Clasificación:** Gran Empresa  
**Dirección:** Km. 136, Carretera Panamericana, Frente a Zona Militar San Miguel, Tel. 2679-0330

Mantenimiento de vehículo, Marca: TOYOTA, Modelo: YARIS NCP92, Placa N-7361, propiedad del Hospital ✓

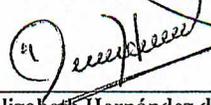
CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	C/U	S/C	Mantenimiento Preventivo consistente en: Una revisión del vehículo en cada 5,000 Km. o una revisión cada seis meses, es decir 6 revisiones durante un recorrido total de 30,000 Km. y dentro de un período máximo de tres años. Todo de conformidad a Contrato de Mantenimiento pactado entre Taller DIDEA, S.A. de C.V. y el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel, (Revisiones # 15-16-1-2-3-4.	\$ 900.44	\$ 900.44 ✓

**TOTAL US:** \$ 900.44 ✓

**(TOTAL EN LETRAS)** Novecientos 44/100 Dólares de los Estados Unidos de América ✓

<p align="center">OBSERVACION</p> <p>Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.-</p>	<p align="center"><b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b></p> <p>TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de san Miguel, siete copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, Representante de la empresa Suministrante, Administrador de contrato u orden de Compra.          En caso de no aceptar esta Orden, solicitamos por escrito las razones por las cuales no acepta la adjudicación.</p>	<p>C.C.          *ALMACÉN          *UFI          *UACI          *PRESUPUESTO          *SOLICITANTE          *ADM. DE OC.</p>
--	---	--

**LUGAR DE ENTREGA:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** Inmediato **FORMA DE PAGO:** Contado ✓

E.   
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales**  
**DIRECTORA HOSPITAL**



**Administrador de la Orden:** Sr. José Dore Reyes Membreño  
 Jefe Sección Transporte  
 PBX: 2665-6100 Ext. 1133

**Elaboro:** Genara Magdalena Berrios de Merino