



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

Lugar y Fecha: San Miguel, 15 de Febrero de 2016. No de Orden: **037**

Solicitante: Sección de Transporte Solicitud No: **007/2016**

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante: **TALLER DIDEA, S.A. de C.V.** NIT Y / O NRC: **1614 - 010858 - 001 - 7**

Clasificación: Gran Empresa

Dirección: Carretera Panamericana frente a Zona Militar, San Miguel. Tel. 2679-0330.

Reparación de Ambulancia Kia Pregio placas N° 17755.

CANTIDAD	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	PARCIAL	VALOR TOTAL
1	C/U		MANO DE OBRA:		
1	CU		CAMBIAR FRICCIONES DELANTERAS, FRENOS DE DISCO (DOS RUEDAS).	\$ 0.00	
1	C/U		RECTIFICAR DOS DISCOS DE FRENO.	\$ 35.91	
1	C/U		ENGRASAR BALEROS DE EJE DELANTERO Y AJUSTAR PRECARGA.	\$ 44.88	
1	C/U		DIAG. LUCES GIRATORIAS.	\$ 14.51	
1	C/U		CAMBIAR FOCO DE VÍAS TRASERAS, LUZ DE FRENOS, CORTESÍA, LUZ DE	\$ 5.99	
1	C/U		CAMBIAR FAJA ALTERNADOR	\$ 0.00	
1	C/U		CAMBIAR FAJA DE POWER STEERING	\$ 0.00	
1	C/U		CAMBIAR HULE DE PEDAL DE EMBRAGUE	\$ 5.99	
1	C/U		CAMBIAR HULE DE PEDAL DE FRENO	\$ 5.80	
1	C/U		CAMBIAR MANESILLA COMPUERTA CORREDISA EXTERIOR	\$ 29.01	\$ 142.09
			REPUESTOS:		
1	C/U		FOCO 12V,55/60W	\$ 11.55	
1	C/U		FAJA DE ALTERNADOR (001201-)	\$ 9.48	
1	C/U		FAJA DE POWER STEERING	\$ 10.79	
2	C/U		HULE DE PEDAL \$ 1.966 C/U	\$ 3.93	
1	C/U		JUEGO PASTILLAS DEL (030318-)JUEGO PASTILLAS DEL (030318-)	\$ 95.08	
1	C/U		MANECILLA EXT/RH/040401	\$ 54.00	\$ 184.83
TOTAL US:					\$ 326.92

(TOTAL EN LETRAS): Trescientos veintiséis 92100 dólares de los Estados Unidos de América.

OBSERVACION

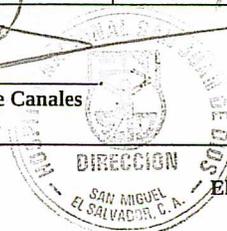
Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.-	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE: TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en 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.	C.C. *ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.
---	---	---

LUGAR DE ENTREGA: **HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL**

FECHA DE ENTREGA: **Inmediata** FORMA DE PAGO: **Contado**

E.
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Canales
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden:
 Sr. José Doré Reyes Membreño
 Jefe Sección de Transporte.
 PBX: 2665-6100



Elaboró: **Sofía Carolina Mendoza M.**