

## **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 ello 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)**

**“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”**



**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, 15 DE NOVIEMBRE DE 2016 ✓

**No de Orden:** 594/2016 ✓

**Solicitante:** SECCION TRANSPORTE ✓

**Solicitud No:** 039/2016 ✓

Nombre de la persona natural o jurídica suministrante

**TALLER DIDEA, S.A. DE C.V.** ✓

**NIT Y/O NRC :** [REDACTED]

**Clasificación:** GRAN EMPRESA

**Dirección:** CARRETERA PANAMERICANA KM 136 ½ FRENTE A ZONA MILITAR, SAN MIGUEL.

**CONTRATACION DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PARA AMBULANCIA MARCA: TOYOTA HIACE, PLACA N-13704, PROPIEDAD DEL HOSPITAL.** ✓

CANT	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
1	CU	S/C	Mantenimiento Tipo 3N220, consistente en: Una revisión del vehículo en cada 5,000 Km. o dos revisiones cada seis meses, es decir, 12 revisiones durante un recorrido total de 60,000 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 San Juan de Dios de San Miguel, (Revisiones # 16, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11)	\$ 2,941.12	\$ 2,941.12 ✓


**TOTAL US:** \$ 2,941.12 ✓

**(TOTAL EN LETRAS) DOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y UNO 12/100DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA** ✓

<b>OBSERVACION</b> 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.-	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b> 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, solicitarnos 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 ✓

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



**Administrador de la Orden:**  
**Sr. José Dore Reyes**  
 PBX: 2665-6100 EXT:1133

**Elaboró:**  
**María Julia Ramírez Ramos.**

*Handwritten mark*