



Lugar y Fecha: SAN MIGUEL, 04 DE SEPTIEMBRE DE 2020. ✓ **No de Orden:** 381/2020 ✓
Solicitante: SECCIÓN TRANSPORTE. ✓ **Solicitud No:** 31/2020
Nombre de la persona natural o jurídica suministrante **TALLER DIDEA S.A. DE C.V.** ✓ **NIT:** 
Clasificación: Gran Empresa **NRC:**
Dirección: Carretera Panamericana kl 136 1/2, frente a Zona Militar San Miguel, El Salvador Tel: 2679-0330, 2669-7986
Correo: nromero@excelautomotriz.com

Contratación de mantenimiento preventivo de ambulancia, Marca TOYOTA, Modelo HIACE, Placa N.º 13704, por 60,000 kilómetros divididos en 12 revisiones cada 5,000 kilómetros comprendidos desde los 250,800 hasta los 310,800, propiedad del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel. ✓

R.	CANT.	U/M	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	P.UNIT.	VALOR TOTAL
1	1	C/U	81201015	MANTENIMIENTO PREVENTIVO COBERTURA DE EXPERTO. EL PROGRAMA CUBRE 12 SERVICIOS DE MANTENIMIENTO QUE EQUIVALEN A 60,000 KILÓMETROS Ó 3 AÑOS LO QUE SUCEDA PRIMERO. LAS REVISIONES AL VEHÍCULO SE REALIZARAN CADA 5,000 KILÓMETROS Ó CADA 6 MESES. 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. (SERVICIOS A RENOVAR : 8-9-10-11-12-13-14-15-16-1-2-3).	\$2,827.24	\$2,827.24 ✓

TOTAL US: \$2,827.24 ✓

(TOTAL EN LETRAS) Dos Mil Ochocientos Veintisiete 24/100 Dólares de los Estados Unidos de América ✓

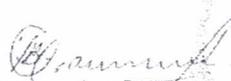
OBSERVACION	INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:	C.C.
Si el servicio o suministro es igual o mayor a \$ 100.00 (sin incluir IVA) favor aplicar y reflejar en factura el 1% de Retención.	TRAMITE PARA PAGO DE LOS BIENES: Presentar en la Unidad Financiera UFI, para tramite de Quedan, Factura consumidor final en duplicado cliente a nombre del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, ocho copias de las facturas y actas de recepción debidamente firmadas y selladas por el/la Guardalmacén, y Representante de la empresa Suministrante, deberá traer sello de la empresa, 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.	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: RECURSOS PROPIOS

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

FECHA DE ENTREGA: INMEDIATA. **FORMA DE PAGO:** CONTADO. ✓

E.


Dra. Jeny Brenda Hernández de Nolasco
DIRECTORA HOSPITAL

Administrador de la Orden:
Sr. José Dore Reyes Membreño
Jefe de Sección de Transporte
PBX: 2665-6100 EXT:1128

Elaboró: Lic. Ismael Alfonso Granados Sánchez

Fecha de Distribución