

# HOSPITAL NACIONAL REGIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL



San Miguel, 13 de Mayo de 2014



Orden de Compra No. 214

Señores: **TALLER AUTOMOTRIZ "HERBERT" (Herberth David Lievano)**

NIT. No. **1217-311275-102-2**

Clasificación: **Pequeña Empres**

Atentamente sírvanse suministrar a este Centro Hospitalario, después de recibir la presente Orden de Compra en el Almacén de este Hospital, según el detalle siguiente:

SOLICITANTE: **Sección Transporte**

SOLICITUD No. 022/2014

Reparación de Camión furgón, Marca: NISSAN, Placa N-7951, propiedad del Hospital

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO PARCIAL	TOTAL	
<b><u>MANTENIMIENTO CORRECTIVO</u></b>						
<b><u>REPUESTOS</u></b>						
1	c/u	Sc	Disco de Clutch	\$ 385.00	\$ 794.00	
1	c/u	Sc	Balero collaryn	\$ 82.00		
2	c/u	Sc	Juego de membranas, sellos y orrines de maxifrenos traceros	\$ 280.00		
4	c/u	Sc	Libras de grasa para baleros de bufas a \$ 6.00 c/u	\$ 24.00		
4	c/u	Sc	Pinta de solución a \$ 4.50 c/u	\$ 18.00		
1	c/u	Sc	Pegamento silicone	\$ 5.00		
<b><u>MANO DE OBRA</u></b>						
1	c/u	Sc	Reparación de frenos traseros	\$ 80.00		
1	c/u	Sc	Destontar transmisión para cambio de clutch	\$ 125.00		
1	c/u	Sc	Rectificar prensa y volante	\$ 190.00		
4	c/u	Sc	Calzar fricciones traseras	\$ 70.00		
2	c/u	Sc	Rectificado de tambores traceros	\$ 60.00		
* Tiempo de entrega: Inmediato * Forma de pago: Crédito 30 días * Administrador de OC. Sr. José Dore Reyes Membreño					\$ 1,319.00	
<b><u>~ OBSERVACION ~</u></b>			<b><u>IMPORTANTE PARA EL PROVEEDOR</u></b>		c. c. Almacén UFI UACI Presup.	
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.-			1 Anotar número de Orden de Compra en Factura. 2 <u>Para Recepción del Producto:</u> Presentar factura consumidor final en duplicado cliente y 6 fotocopias, las cuales deberán ser firmadas en original y selladas por el Guardalmacén. 3 <u>Para retiro de Quedan:</u> Presentar a la UFI, copia de Orden de Compra, factura duplicado cliente y fotocopia firmadas y selladas por el Guardalmacén, Acta de Recepción completamente llena en todas sus partes, debidamente firmada y sellada por el Guardalmacén y el representante de la empresa proveedora. 4 Entregar a la UACI una fotocopia para verificar el cumplimiento en la entrega.			

Para efectos de cancelación, favor presentar factura a nombre de: **Tesorería Hospital Nacional San Juan de Dios San Miguel.** En caso de no aceptar esta Orden, Rogamos devolverla a nuestra oficina con la debida justificación.

TRAMITO: Nery S. Sánchez Cañas

JEFE DE U.A.C.I

**Lic. Irma Elizabeth Quintanilla G.**

JEFE DE U.F.I.

**Lic. Gloria Orellana de Galdámez**

ENCARGADO DE PRESUPUESTO

**Sr. José Guillermo Ventura**

AUTORIZO: DIRECTOR

**Dr. José Manuel Pacheco Paz**

