



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 Diciembre de 2014 **No de Orden:** 410
Solicitante: Sección Transporte **Solicitud No:** 037/2014
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	sc	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 # 9, 10, 11, 12, 13 y 14)	\$ 803.76	\$ 803.76

TOTAL US: \$ 803.76
(TOTAL EN LETRAS) Ochocientos Tres 76/100 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: Inmediato **FORMA DE PAGO:** Contado

F.
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:** Nery S. Sánchez Cañas