



**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, 04 de Mayo de 2015 ✓ **No de Orden:** 161 ✓  
**Solicitante:** Sección Transporte ✓ **Solicitud No:** 019/2015  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **TALLER AUTOMOTRIZ "HERBERTH" ✓** **NIT Y / O NRC:** 1217-311275-102-2  
**Herberth David Lievano**  
**Clasificación:** Pequeña Empresa  
**Dirección:** Colonia San José, Pasaje Pineda # 26, San Miguel.- Tel. 2667-4678

Reparación de Ambulancia, Marca: Mercedes Benz, Modelo: UCI, Placa N-16129, propiedad del Hospital ✓

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	PARCIAL	VALOR TOTAL	
4	c/u	Sc	<u>REPUESTOS</u> Inyectores	\$ 178.00	\$ 712.00	\$ 1,419.00	
8	c/u	Sc	Arandelas de inyectores	\$ 6.00	\$ 48.00		
1	c/u	Sc	Juego de empaque, sellos y orrines de culata	\$ 390.00	\$ 390.00		
1	c/u	Sc	Faja de accesorios	\$ 42.00	\$ 42.00		
1	c/u	Sc	Balero tensor de faja	\$ 87.00	\$ 87.00		
1	c/u	Sc	Juego de tornillos de culata	\$ 140.00	\$ 140.00		
1	c/u	Sc	<u>MANO DE OBRA</u> Cambio de inyectores	\$ 90.00	\$ 90.00		
1	c/u	Sc	Cambio de faja de accesorios	\$ 6.00	\$ 6.00		
1	c/u	Sc	Desmontar culata para reparar roscas dañadas de balancines	\$ 250.00	\$ 250.00		\$ 346.00
<b>TOTAL US:</b>							<b>\$ 1,765.00</b>

**(TOTAL EN LETRAS) Mil Setecientos Sesenta y Cinco 00/100 Dólares de los Estados Unidos de América ✓**

<b>OBSERVACION</b>	<b>INDICACIONES GENERALES PARA EL SUMINISTRANTE:</b>	<b>C.C.</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.-	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.	*ALMACÉN *UFI *UACI *PRESUPUESTO *SOLICITANTE *ADM. DE OC.

LUGAR DE ENTREGA:	<b>HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL</b>	
FECHA DE ENTREGA:	<b>Inmediato</b>	FORMA DE PAGO: <b>Crédito 30 días ✓</b>

F. *[Firma]*  
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Cañas**  
**DIRECTORA HOSPITAL**

**Administrador de la Orden:**  
 Sr. José Dore Reyes Membreño  
 Jefe Sección Transporte  
 PBX: 2665-6100 Ext. 1133

Elaboro: Nery S. Sánchez Cañas