



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, 05 de noviembre de 2015 ✓ **No de Orden:** 491 ✓
Solicitante: Sección Transporte ✓ **Solicitud No:** 032/2015
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: Km136 Carretera Panamericana frente a zona militar, San Miguel. TEL: 2679-0330

MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE AMBULANCIA MARCA TOYOTA HIACE PLACA N-2367 ✓

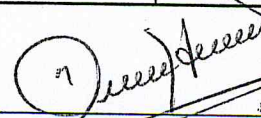
CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO PARCIAL	VALOR TOTAL
1	C/U	S/C	Mantenimiento tipo 1N325, consistente en: Una revisión del vehículo cada 5,000Km. O una revisión cada seis meses, es decir, 12 revisiones durante un recorrido total de 60,000 Km. Y dentro de un período máximo de tres años. 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 # 11, 12, 13, 14, 15, 16, 1, 2, 3, 4, 5, 6)	\$ 2,417.02	\$ 2,417.02 ✓

TOTAL US: \$ 2,417.02 ✓

(TOTAL EN LETRAS) DOS MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE 02/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA ✓

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 E *ADM. DE OC.
---	---	--

LUGAR DE ENTREGA: HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL ✓
FECHA DE ENTREGA: INMEDIATO ✓ **FORMA DE PAGO:** CONTADO ✓

E. 
Dra. Juana Elizabeth Hernández de Castro
DIRECTORA HOSPITAL

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

Elaboro: Miguel Alexander Méndez Rivas

