



**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:** 26 de Septiembre de 2014 ✓ **No de Orden:** 340 ✓  
**Solicitante:** Sección Transporte ✓ **Solicitud No:** 032/2014 ✓  
Nombre de la persona natural o Jurídica suministrante **TALLED 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. 26790330 y 26697986

Reparación de Ambulancia, Marca: TOYOTA, Modelo: HIACE, Placa N-2367, propiedad del Hospital ✓

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO PARCIAL	VALOR TOTAL
1			<u>MANO DE OBRA</u> ✓		
1			Cambiar filtro de polen	\$ 5.86	
1			Cambiar faja alternador	\$ 0.00	
1			Cambiar termostato o tapadera de termostato y/o empaque	\$ 23.45	
1			Lavar sistema de enfriamiento y cambiar refrigerante	\$ 20.52	
1			Desmontar bujías incandescentes para probarlas y descarbonar	\$ 85.22	
1			Desmontar y montar columna de dirección para diagnosticar ru	\$ 46.90	
1			Reacondicionar sector cónico	\$ 58.62	
1			Desmontar/montar tapicería de techo	\$ 58.62	
1			Desmontar/montar panel interior de techo	\$ 70.35	
1			Reconstruir bases de techo interiores	\$ 234.50	\$ 604.04
			<u>REPUESTOS</u> ✓		
1			Termostato	\$ 32.27	
1			Anticogel-larga vida preston	\$ 28.34	
1			Filtro de A/C	\$ 38.92	
1			Faja de alternador	\$ 116.34	\$ 215.87

**TOTAL US:** \$ 819.91

**(TOTAL EN LETRAS)** Ochocientos Diecinueve 91/100 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:** HOSPITAL NACIONAL SAN JUAN DE DIOS SAN MIGUEL  
**FECHA DE ENTREGA:** Inmediato **FORMA DE PAGO:** Contado ✓

F.   
**Dra. Juana Elizabeth Hernández de Cárdenas**  
**DIRECTORA HOSPITAL**

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