



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, 17 de Febrero de 2015 **No de Orden:** 061
Solicitante: Sección Transporte **Solicitud No:** 010/2015
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: Km. 136, Carretera Panamericana, frente a Zona Militar, San Miguel.- Teléfono: 2679-0330

Reparación de Ambulancia, Marca: KIA, Modelo: Pregio TR125, Placa N-17755, propiedad del Hospital

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	PARCIAL	VALOR TOTAL
MANO DE OBRA						
1	c/u	Sc	Cambiar eje trasero	\$ 127.84	127.84	
1	c/u	Sc	Cambiar amortiguador trasero (un lado)	\$ 14.66	14.66	
1	c/u	Sc	Cambiar amortiguación delantero (un lado)	\$ 29.31	29.31	
1	c/u	Sc	Revisar circuito en luces giratorias	\$ 68.18	68.18	
1	c/u	Sc	Revisar circuito en sistema de luces de techo	\$ 45.45	45.45	
1	c/u	Sc	Desmontar bujías incandescentes para probarlas y	\$ 85.22	85.22	\$ 370.66
REPUESTOS						
1	c/u	Sc	Bombillo 12V/10W	\$ 2.28	2.28	
1	c/u	Sc	Housing de eje trasero	\$ 909.39	909.39	
1	c/u	Sc	Amortiguador	\$ 110.40	110.40	
1	c/u	Sc	Amortiguador del LH	\$ 143.76	143.76	\$ 1,165.83

TOTAL US: \$ 1,536.49

(TOTAL EN LETRAS) Mil Quinientos Treinta y Seis 49/100 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

