

HOSPITAL NACIONAL REGIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL



San Miguel, 27 de Noviembre de 2013



Orden de Compra No. 369

Señores: **TALLER DIDEA, S.A. DE C.V.**  
 NIT. No. **0614-010462-002-1**  
 Clasificación: **Gran Empresa**

Atentamente sírvanse suministrar a este Centro Hospitalario, después de recibir la presente Orden de Compra en el Almacén de este Hospital, según el detalle siguiente:

SOLICITANTE: **Sección Transporte**

SOLICITUD No. **072/2013**

Reparación de Ambulancia, Marca: KIA, Modelo: Pregio TR125, placa N-17753, propiedad del Hospital

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	TOTAL
<u>MANO DE OBRA OPERACION MECANICA</u>					
<u>SERVICIO DE MANTENIMIENTO</u>					
1	c/u	Sc	Cambiar extremos de cremallera (dos lados)	\$ 86.57	
1	c/u	Sc	Cambiar esferas inferiores (dos lados)	\$ 94.68	
1	c/u	Sc	Cambiar sellos baleros espaciadores y seguros de ruedas traseras	\$ 86.57	
1	c/u	Sc	Modificar bases de alternador	\$ 81.16	
1	c/u	Sc	Desmontar y montar caliper	\$ 32.46	
1	c/u	Sc	Desmontar y montar palanca de cambios de velocidades y cambiar buj	\$ 62.22	\$ 443.66
<u>OTROS REPUESTOS</u>					
1	c/u	Sc	Terminal cremallera	\$ 74.76	
1	c/u	Sc	Esferas inferiores	\$ 61.03	
1	c/u	Sc	Esferas inferiores	\$ 7.58	
1	c/u	Sc	Baleros y sellos de bufa	\$ 192.01	
1	c/u	Sc	Bujes de palanca de valocidades	\$ 52.00	\$ 387.38
<u>MANO DE OBRA EXTERIOR</u>					
1	c/u	Sc	Rectificar pines de caliper	\$ 45.00	\$ 45.00
					\$ 876.04
* Forma de pago: Contado					
<b>⊕ OBSERVACION ⊖</b>			<b>IMPORTANTE PARA EL PROVEEDOR</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.-			1 Anotar número de Orden de Compra en Factura. 2 <u>Para Recepción del Producto:</u> Presentar factura consumidor final en duplicado cliente y 6 fotocopias, las cuales deberán ser firmadas en original y selladas por el Guardalmacén. 3 <u>Para retiro de Quedan:</u> Presentar a la UFI, copia de Orden de Compra, factura duplicado cliente y fotocopia firmadas y selladas por el Guardalmacén, Acta de Recepción completamente llena en todas sus partes, debidamente firmada y sellada por el Guardalmacén y el representante de la empresa proveedora. 4 Entregar a la UACI una fotocopia para verificar el cumplimiento en la entrega.		c. c. * Almacén * UFI * UACI * Presupuesto * Solicitante

Para efectos de cancelación, favor presentar factura en nombre de: **Tesorería Hospital Nacional San Juan de Dios San Miguel.** En caso de no aceptar esta Orden, Rogamos devolverla a nuestra oficina con la debida justificación.

TRAMITO: Nery S. Sánchez Cañas



JEFE DE U.A.C.I

**Lic. Irma Elizabeth Quintanilla G.**

ENCARGADO DE

PRESUPUESTO

**Sr. José Guillermo Ventura**

JEFE DE U.F.I.

**Lic. Gloria Orellana de Galdámez**

AUTORIZO:

DIRECTOR

**Dr. José Manuel Pacheco Paz**