

HOSPITAL NACIONAL REGIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL



San Miguel, 11 de Abril de 2014



Orden de Compra No. 140

Señores: **GENERAL DE VEHICULOS, S.A. DE C.V. (GEVESA)**
 NIT. No. **0614-280993-104-9**
 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. **015/2014**

Reparación de Pick Up, Marca: MAZDA, Modelo: BT-50, placa N-2371, propiedad del Hospital

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO PARCIAL	TOTAL
2	c/u	Sc	<u>DETALLE DE MANO DE OBRA</u> Cambiar soportes de motor	\$ 98.90	\$ 325.70
2	c/u	Sc	Cambiar amortiguadores delanteros	\$ 32.00	
1	c/u	Sc	Cambiar polvera de flecha	\$ 95.90	
3	c/u	Sc	Cambiar crucetas	\$ 98.90	
1	c/u	Sc	<u>DETALLE DE REPUESTOS</u> Polvera de flecha exterior	\$ 154.48	\$ 602.37
2	c/u	Sc	Soportes del motor	\$ 60.91	
2	c/u	Sc	Amortiguadores delanteros	\$ 204.38	
3	c/u	Sc	Cruzetas	\$ 96.00	
1	c/u	Sc	Juego de fajas	\$ 66.60	
1	c/u	Sc	Faja A/C	\$ 20.00	
NOTA: 1.- Tiempo del servicio: Inmediato 2.- Forma de pago: Contado					\$ 928.07
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.-			IMPORTANTE PARA EL PROVEEDOR 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 a 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.

JEFE DE U.F.I.

Lic. Gloria Orellana de Galdámez

ENCARGADO DE PRESUPUESTO

Sr. José Guillermo Ventura

AUTORIZO: DIRECTOR

Dr. José Manuel Pacheco Paz

