

HOSPITAL NACIONAL REGIONAL "SAN JUAN DE DIOS" SAN MIGUEL



San Miguel, 11 de Abril de 2014



Orden de Compra No. 141

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. 017/2014**

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

CANTIDAD	U/M	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO PARCIAL	TOTAL
			<u>REPUESTOS</u>		\$ 513.22
1	c/u	Sc	Prensa de clutch	\$ 80.23	
1	c/u	Sc	Disco de clutch	\$ 100.12	
1	c/u	Sc	Balero collarín	\$ 65.45	
1	c/u	Sc	Balero piloto	\$ 16.85	
1	c/u	Sc	Cable de caja	\$ 101.01	
1	c/u	Sc	Cable de velocidades	\$ 107.78	
1	c/u	Sc	Sello trasero de cigüeñal	\$ 25.79	
1	c/u	Sc	Silicone negro	\$ 15.99	
			<u>MANO DE OBRA</u>		\$ 328.09
1	c/u	Sc	Cambiar prensa de embrague o disco	\$ 135.20	
1	c/u	Sc	Cambiar balero collarín (combinación)	\$ 12.82	
1	c/u	Sc	Cambiar balero piloto (combinación)	\$ 10.99	
1	c/u	Sc	Cambiar cable de velocidades (dos)	\$ 69.63	
1	c/u	Sc	Cambiar sello de aceite trasero del cigüeñal	\$ 54.95	
1	c/u	Sc	Desmontar y montar volante de motor	\$ 44.50	
			NOTA:		\$ 841.31
			1.- Tiempo del servicio: Inmediato		
			2.- Forma de pago: Contado		
OBSERVACION			IMPORTANTE PARA EL PROVEEDOR		
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 Para Recepción del Producto: Presentar factura consumidor final en duplicado cliente y 6 fotocopias, las cuales deberán ser firmadas en original y selladas por el Guardalmacén. 3 Para retiro de Quedan: 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