



**CMAPAS**

# COMITÉ MUNICIPAL DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO DE SALAMANCA, GTO.

Naranjos No. 101, Col. Bellavista, Salamanca, Gto. C.P. 36730.  
Tel. 01(464) 64 80207 EXT. 1150 | RFC CMA-830708-DU5  
compras.cmapas@gmail.com | cmapas.facturas@gmail.com

**PROVEEDOR:**  
 CARLOS BRAVO GRANADOS  
 ROQUE GONZALEZ GARZA 112  
 EJIDO BARRIO SAN PEDRO  
 36723 GTO  
 SALAMANCA

**ORDEN NUM:** 32,052  COMPRA  SERVICIO  
**FECHA:** 27/FEB/2020  
**ENTREGAR EN:** ALMACEN

CANTIDAD	CLAVE	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1.00	200004	MEDICAMENTO PLBOTIQUIN	3,270.00	3,270.00
1.00	200004	MEDICAMENTO PLBOTIQUIN	452.58	452.58

**OBSERVACIONES:** SOLICITADO PARA BOTIQUIN BASE 1 NARANJOS  
**CANTIDAD CON LETRA:** (TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS 99/100) MN.

<b>SUB-TOTAL</b>	3,722.58
<b>I.V.A.</b>	72.41
<b>TOTAL</b>	3,794.99

No. REQ./OS	GERENCIA	TIPO DE ADJUDICACIÓN
11286	ADMINISTRACIÓN	DIRECTA

**PRESUPUESTO**  
 ORIGEN DE RECURSO 1400320 ÁREA FUNC. 2.2.3  
 GERENCIA 31120-8120  
 CUENTA 512502531 C.O.G. 2531  
 No. DE RESERVA 2600058480

**CONDICIONES DE PAGO**  
 8/15 DIAS

NOMBRE Y FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL PROVEEDOR  
  
 REP. LEGAL O PERSONAL AUTORIZADO

JEFE DE ADQUISICIONES  
 NOMBRE Y FIRMA

GERENTE DE ÁREA  
 NOMBRE Y FIRMA

GERENTE ADMINISTRATIVO  
 NOMBRE Y FIRMA

GERENTE GENERAL  
 NOMBRE Y FIRMA

TESORERO CONSEJO DIRECTIVO  
 NOMBRE Y FIRMA

PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO  
 NOMBRE Y FIRMA

NUM. DE PROVEEDOR:

FECHA DE SOLICITUD:  
 FECHA DE ENTREGA: