



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:

MA DEL CARMEN ALFARO GONZALEZ
BOSQUE BOSQUE 306
CENTRO GTO
36700
SALAMANCA

ORDEN NUM: 34,655 **COMPRA** **SERVICIO**

FECHA: 27/JUL/2021

ENTREGAR EN: ALMACEN

CANTIDAD	CLAVE	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1.00	5614	TRABAJOS POR TALLER EXTERNO	6,200.00	6,200.00

OBSERVACIONES: U-90 CAMION CON EQUIPO PARA DESAZOLVE O AQUATECH2010 TIPO 4300 INTERNATIONAL. REPARACION DE TUBO DE SUCCION PARA SU BUEN FUNCIONAMIENT

CANTIDAD CON LETRA: (SIETE MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS 00/100) M. N.

SUB-TOTAL	6,200.00
I.V.A.	992.00
TOTAL	7,192.00

No. REQ./OS	GERENCIA	TIPO DE ADJUDICACIÓN
OT-070	ALCANTARILLADO	DIRECTA

PRESUPUESTO

ORIGEN DE RECURSO 1400321 ÁREA FUNC. 2 1 3

GERENCIA 31120-8180

CUENTA 513503551 C.O.G. 3511 3551

No. DE RESERVA 26000063832

CONDICIONES DE PAGO

8 / 15 DIAS

<small>NOMBRE Y FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL PROVEEDOR</small> <i>[Firma]</i>	<small>JEFE DE ADQUISICIONES NOMBRE Y FIRMA</small> LIC. PEDRO AGUSTIN ELIAS CRUCES	<small>GERENTE DE ÁREA NOMBRE Y FIRMA</small> ARQ. ARMANDO MARTINEZ HERNANDEZ	<small>GERENTE ADMINISTRATIVO NOMBRE Y FIRMA</small> C.P. ROSA MARIA GUTIERREZ OJEDA	<small>GERENTE GENERAL NOMBRE Y FIRMA</small> ING. FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ ORTIZ	<small>TESORERO CONSEJO DIRECTIVO NOMBRE Y FIRMA</small> C.P. MARIA DE LOURDES MARTINEZ CARBAJAL	<small>PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO NOMBRE Y FIRMA</small> C.P. FRANCISCO JAVIER JIMENEZ GONZALEZ
-----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

REP. LEGAL Ó PERSONAL AUTORIZADO

NUM. DE PROVEEDOR: CMAPAS/ADQ/219

FICHA DE SOLICITUD: FECHA DE ENTREGA: