



# 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:**

SANTIAGO SOLANO GAMEZ  
6  
AMPLIACION BELLAVISTA  
36730  
SALAMANCA

60

GTO

**ORDEN NUM:** 35,268 **COMPRA** **SERVICIO**

**FECHA:** 02/DIC/2021

**ENTREGAR EN:** ALMACEN

CANTIDAD	CLAVE	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
1.00	006	SERVICIO	2,900.00	2,900.00

**OBSERVACIONES:** TOMA DE FOTOGRAFIAS A PERSONAL DEL CMAPAS SINDICALIZADOS Y NO SINDICALIZADOS PARA LIBRO Y VIDEO CIERRE DE ADMINISTRACION 2019-2022

**CANTIDAD CON LETRA:** (TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS 00/100 ) M. N.

<b>SUB-TOTAL</b>	2,900.00
<b>I.V.A.</b>	464.00
<b>TOTAL</b>	3,364.00

No. REQ./OS	GERENCIA	TIPO DE ADJUDICACIÓN
OS-5239	ADMINISTRACION	DIRECTA

**PRESUPUESTO**

ORIGEN DE RECURSO 1400321      ÁREA FUNC. 2.2.3

GERENCIA 31120-8120

CUENTA 513603651      C.O.G. 3651

No. DE RESERVA 2600065261

**CONDICIONES DE PAGO**

8 / 15 DIAS

<p style="font-size: small;">NOMBRE Y FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL PROVEEDOR</p> <p style="font-size: x-small;">REP. LEGAL Ó PERSONAL AUTORIZADO</p>	<p style="font-size: small;">LIC. PEDRO AGUSTIN ELIAS CRUCES</p> <p style="font-size: x-small;">JEFE DE ADQUISICIONES NOMBRE Y FIRMA</p>	<p style="font-size: small;">C.P. FCO. JAVIER JIMENEZ GONZALEZ</p> <p style="font-size: x-small;">GERENTE DE ÁREA NOMBRE Y FIRMA</p>	<p style="font-size: small;">C.P. ROSA MARIA GUTIERREZ OJEDA</p> <p style="font-size: x-small;">GERENTE ADMINISTRATIVO NOMBRE Y FIRMA</p>	<p style="font-size: small;">ING. FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ ORTIZ</p> <p style="font-size: x-small;">GERENTE GENERAL NOMBRE Y FIRMA</p>	<p style="font-size: small;">C.P. C. MARIA DE LOURDES MARTINEZ CARBAJAL</p> <p style="font-size: x-small;">TESORERO CONSEJO DIRECTIVO NOMBRE Y FIRMA</p>	<p style="font-size: small;">C.P. FRANCISCO JAVIER JIMENEZ GONZALEZ</p> <p style="font-size: x-small;">PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO NOMBRE Y FIRMA</p>
---	--	--	---	--	--	--

NUM. DE PROVEEDOR:

CMAPAS/ADQ/329

FECHA DE SOLICITUD:  
FECHA DE ENTREGA: