



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: | |
|--|-----------------------|
| JOSE LUIS AYALA RAMIREZ Ebano El Cerrito 36775 Salamanca | 109 Guanajuato |

| | | | |
|---------------------|-------------|---------------|-----------------|
| ORDEN NUM: | 157 | COMPRA | SERVICIO |
| FECHA: | 02/FEB/2022 | | |
| ENTREGAR EN: | ALMACEN | | |

| CANTIDAD | CLAVE | DESCRIPCIÓN | PRECIO UNITARIO | IMPORTE |
|----------|-------|---------------------|-----------------|----------|
| 1.00 | 45623 | PRUEBAS DE CONCRETO | 1,655.00 | 1,655.00 |

| | |
|----------------------------|---|
| OBSERVACIONES: | SUB-TOTAL 1,655.00 SERVICIO REQUERIDO PARA VERIFICACION DEL CONCRETO EN REHAB DE LINEA DE DRENAJE 741000908 CALLE TLALOC/CIRC. CUAUHTE MOC Y CUITLAHUAC COL. AZTLAN |
| CANTIDAD CON LETRA: | (MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS 80/100) M. N. |
| | I.V.A. 264.80 TOTAL 1,919.80 |

| No. REQ./OS | GERENCIA | TIPO DE ADJUDICACIÓN |
|-------------|----------------|----------------------|
| OS-5362 | ALCANTARILLADO | DIRECTA |

| PRESUPUESTO | |
|-------------------|-------------|
| ORIGEN DE RECURSO | 1400322 |
| ÁREA FUNC. | 2.1.3 |
| GERENCIA | 31120-8180 |
| CUENTA | 741000908 |
| C.O.G. | 3321 |
| No. DE RESERVA | 26000065641 |

| CONDICIONES DE PAGO |
|---------------------|
| 8 / 15 DIAS |

| | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---|---|---|---|
| NOMBRE Y FIRMA DE ACEPTACION DEL PROVEEDOR | LIC. PEDRO AGUSTIN ELIAS CRUCES | ARQ. ARMANDO MARTINEZ HERNANDEZ | C.P. ROSA MARIA GUTIERREZ OJEDA | ING. FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ ORTIZ | C.P.C. MARIA DE LOURDES MARTINEZ CARBAJAL | C.P. FRANCISCO JAVIER JIMENEZ GONZALEZ |
| REP. LEGAL O PERSONAL AUTORIZADO | JEFE DE ADQUISICIONES / NOMBRE Y FIRMA | GERENTE DE AREA / 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: **CMAPAS/ADQ/192**

FECHA DE SOLICITUD:
FECHA DE ENTREGA: