



**DIRECCION REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL**  
Departamento de Abastecimiento  
**ORDEN DE COMPRA**



SEÑORES: <b>JOSE ADGARDO HERNANDEZ PINEDA</b> MEGAFOODS DE EL SALVADOR		NUMERO DE ORDEN DE COMPRA: 014/ 2013 NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION.: 017/ 2013 NUMERO DE LIBRE GESTION.: 017/ 2013			
		FUENTE: <b>Fondo General</b>			
SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA DE "PRODUCTOS TEXTILES PARA LIMPIEZA" DESCRITOS EN LOS ITEM DE ESTA ORDEN DE COMPRA DE ACUERDO A LOS CONVENIOS CONTRACTUALES Y TERMINOS DE REFERENCIA.					
Dependencia Solicitante: <b>Unidad de Conservacion y Mantenimiento</b>		Forma de Pago: <b>Credito a 60 dias</b>			
Item	Descripcion del Suministro o Servicio	Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario (\$)	Precio Total (\$)
1	806-02150 TRAPEADOR DE TELA ABSORBENTE, DOBLE TELA Y AGUJERO REFORZADO, MEDIDAS APROXIMADA ANCHO 50CM X 90CM LARGO.	1900	C/U	\$ 2.40	\$ 4,560.00
2	806-02065 FRANELA LISA, VARIOS COLORES, YARDAS	200	C/U	\$ 1.46	\$ 292.00
Cantidad en letras... CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA				<b>SUMAN..&gt;</b>	<b>\$ 4,852.00</b>
Cifrado Presupuestario... <b>2013-3200-3-02-01-21-1-54104</b>					
Destino... Para diferentes sedes de la Region Occidental de Salud.					
Nota... En caso de no realizarse esta negociacion, le rogamos devolver esta Orden de Compra, en Original, a las oficinas del Departamento de Abastecimiento, de la Region Occidental de Salud.					
<b>PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION:</b>					
Presentar factura duplicado mas cuatro copias, con las especificaciones siguientes:					
1 En la parte superior debe describir <b>Ministerio de Salud, Region Occidental, Fondo General</b>					
2 La descripcion del suministro o servicio, debera describirlo en la factura de acuerdo como aparece en la Orden de Compra, por cada item.					
3 Antes de la descripcion, debera describir el numero de item y seguidamente la del suministro o servicio.					
4 Debera describir el numero de Libre Gestion y de Orden de Compra.					
<b>OBLIGACIONES DEL SUMINISTRANTE:</b>					
1 Enviar al Departamento de Abastecimiento de la Region Occidental de Salud, Copia de la factura para que sea revisada antes de la recepcion del suministro o servicio.					
2 Despues de la recepcion del suministro o servicio debera presentar al Departamento de Abastecimiento, las Facturas originales mas cuatro (4) copias, Actas de recepcion debidamente firmadas por la persona que entrega y la que recibe, juntamente con el Administrador de Contrato.					
3 Antes de realizar la entrega de los suministros o servicio, debera coordinar con el Administrador de Contrato					
4 A toda factura que exceda de los \$ 100.00 Dolares de los Estados Unidos de America, le aplicara el 1% de retencion, según lo establece el Artículo 162 delCodigo Tributario.					
5 Garantizar el fiel cumplimiento de todas y cada una de las estipulaciones contenidas en esta Orden de Compra, principalmente las fechas de entrega; y en caso de incumplimiento total o parcial, el Ministerio de Salud proedera a la aplicacion de las sanciones previstas en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administracion Publica (LACAP).					
6 Todos los servicios o productos proporcionados deberá apegarse a todos los requisitos contenidos los términos de referencia.					

**PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:**

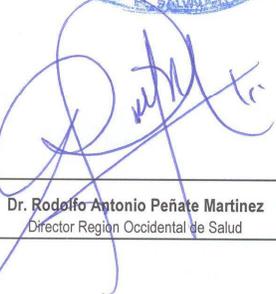
**Administrador de Contrato:**  
Lic. José Mauricio García. ✓

**Guardamacen.:**  
Sr. Felix Adrian Mendoza. ✓  
Almacen de Suministros Generales

**Tiempo de entrega.:**  
La entrega de los productos se realizara dentro de un periodo de 15 dias habiles contados un dia despues de recibir el documento contractual u Orden de Compra. ✓

**Fecha de Recepcion de Orden de Compra.:** 20 MAR 2013

**Fecha Programada para entrega.:** 18 ABR 2013

ORIGINAL:	La Contratista	Reviso.			Por el Contratista
	UFI - Minsal				
COPIA :	Abastecimiento				
	Almacen				
	Administrador				
	Programacion y control				
					
		Lic. Benjamin Pineda Martinez Coordinador de Abastecimiento	Dr. Rodolfo Antonio Peñate Martinez Director Region Occidental de Salud		
					Nombre, DUI, firma de la persona autorizada y sello de la empresa