



DIRECCION REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL
Departamento de Abastecimiento
ORDEN DE COMPRA



SEÑORES: ANDREA ELIZABETH GONZALEZ AQUINO (LYON DESING)	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA.: 079 2013 NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION.: 055 2013 NUMERO DE LIBRE GESTION.: 055 2013 FUENTE: Fondo General Proveniente de la Iniciativa del Grupo de Mujeres Parlamentarias de la Asamblea Legislativa
---	--

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA, SEGÚN DETALLE, DE LOS SUMINISTROS DE "ARTICULOS PROMOCIONALES" DESCRITOS EN LOS ITEMS DE ESTA ORDEN DE COMPRA, TOMANDO EN CUENTA PARA ELLO LAS CONDICIONES DE FACTURACIÓN Y OBLIGACIONES DEL SUMINISTRANTE, INDICADAS EN LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA

Dependencia Solicitante:		PROVISIÓN DE SERVICIOS		Forma de Pago:		Credito a 60 días	
Item	Descripción del Suministro o Servicio			Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario (\$)	Precio Total (\$)
1	80502195 CHALECO PROMOCIONAL			251	C/U	\$ 3.50	\$ 878.50
3	81201139 SERVICIO DE IMPRESIÓN DE BANNERS			72	C/U	\$ 3.20	\$ 230.40
Cantidad en letras...:		UN MIL CIENTO OCHO 90/100 DÓLARES				SUMAN..>	\$ 1,108.90

Cifrado Presupuestario.: **2013-3200-3-02-06-21-1-VRS**

Destino.: Para Unidades Comunitarias de Salud Familiar y Sede Regional.

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 Región Occidental de Salud.

PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN:

Presentar factura duplicado mas cuatro copias, con las especificaciones siguientes:

- 1 En la parte superior debe describir **Ministerio de Salud, Región Occidental, Fondo General Proveniente de la Iniciativa del Grupo de Mujeres Parlamentarias de la Asamblea Legislativa.**
- 2 La descripción 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 descripción, deberá describir el número de item y seguidamente la del suministro o servicio.
- 4 Deberá describir el número de Libre Gestión y de Orden de Compra.

OBLIGACIONES DEL SUMINISTRANTE:

- 1 Enviar al Departamento de Abastecimiento de la Región Occidental de Salud, Copia de la factura para que sea revisada antes de la recepción del suministro o servicio.
- 2 Cumplir con las especificaciones anexas a esta orden de compra.
- 3 Después de la recepción del suministro o servicio debera presentar al Departamento de Abastecimiento, las Facturas originales mas cuatro (4) copias, Actas de recepción debidamente firmadas por la persona que entrega y la que recibe, juntamente con el Administrador de Contrato.
- 4 Antes de realizar la entrega de los suministros o servicio, debera coordinar con el Administrador de Contrato.
- 5 A toda factura que exceda de los \$ 100.00 Dolares de los Estados Unidos de América, le aplicara el 1% de retencion, según lo establece el Artículo 162 delCodigo Tributario.
- 6 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 procedera a la aplicación de las sanciones previstas en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administracion Publica (LACAP).

Pasan a la siguiente pagina...>

Vienen de la Pagina anterior..

PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:

Administrador de Contrato.:

Licda. Silvia de Dominguez

Guardalmacen.:

Sr. Félix Adrian Mendoza

Telf. 2447-6984

Tiempo de entrega.:

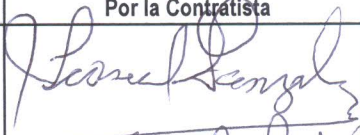
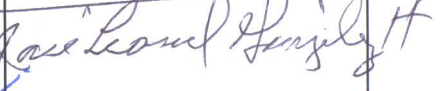
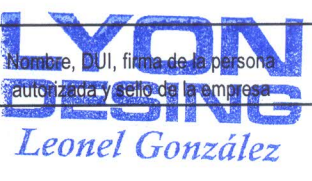
La entrega de los suministros debe realizarse 15 días hábiles después de recibida la orden de compra.

Dirección Almacén:

21 Av. sur, entre 3a. y 5a. Calle Pte. Atrás del Centro de Rehabilitación de Occidente (CRIO).

Fecha de Recepción de Orden de Compra.:

Fecha Programada para entrega.:

ORIGINAL:	La Contratista	Reviso.	Por el Contratante	Por la Contratista
	UFI - Minsal Abastecimiento			
COPIA :	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 LYON DESING Leonel Gonzalez