Ministerio de Salud

EL SALVADOR

DIRECCION REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL
Departamento de Abastecimiento
ORDEN DE COMPRA

SEÑORES: **ORGANIZACIÓN SISMA, S.A. DE C.V.**	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA.: 085 2013 NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION.: 059 2013 NUMERO DE LIBRE GESTION.: 059 2013 FUENTE: **Fondo General**

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA, SEGÚN DETALLE, DE LOS SUMINISTROS DE **"ACCESORIOS DE SEGURIDAD OCUPACIONAL"** 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:	**Unidad de Conservación y Mantenimiento Regional**	Forma de Pago:	**Credito a 60 dias**

Item	Descripción del Suministro o Servicio	Cantidad	Unidad de Medida	Precio Untario ($)	Precio Total ($)
5	70408042 GUANTE DE CUERO MANGA LARGA, PAR	125	C/U	$ 3.20	$ 400.00
6	70408045 GUANTES DE CUERO MANGA CORTA	239	C/U	$ 2.95	$ 705.05
				SUMAN..>	$ 1,105.05

Cantidad en letras..:	**UN MIL CIENTO CINCO 05/100 DÓLARES**
Cifrado Presupuestario..:	**2013-3200-3-02-01-21-1-VRS**
Destino..:	Para Unidades Comunitarias de Salud Familiar y Sede Regional.
Nota..:	En caso de no realizarce 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 .**

2 La descripción del suministro o servicio, debera descibirlo 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 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 frimadas 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 América, le aplicara el 1% de retencion, según lo establece el Artículo 162 del Codigo 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 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.:
Ing. Carlos Ernesto Hernández

Guardalmacen.:
Sr. Félix Adrían 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.: 16 JUL 2013

Fecha Programada para entrega.: 14 AGO 2013

ORIGINAL:	La Contratista
	UFI - Minsal
	Abastecimiento
COPIA :	Almacen
	Administrador
	Programacion y control

Reviso.	Por el Contratante	Por la Contratista
MINISTERIO DE SALUD REGION OCCIDENTAL ABASTECIMIENTO EL SALVADOR, CENTRO AMERICA	MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE OCCIDENTE EL SALVADOR	ORGANIZACION SHEMA, S.A. DE C.V. Felix Antonio Hernandez Gonzalez. [redacted]
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