



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



SEÑORES: <b>DIAGNOSAL, S.A. DE C.V.</b>	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA.:	096	2013
	NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION.:	027	2013
	NUMERO DE LIBRE GESTION.:	027	2013
	FECHA DE ELABORACION:	16/07/13	
	FUENTE:	<b>Fondo General</b>	

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA DE "INSUMOS VARIOS PARA CLINICA DE COLPOSCOPIA" DESCRITOS DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES Y TERMINOS PLASMADOS EN ESTA ORDEN DE COMPRA.

Dependencia Solicitante:	<b>Región Occidental de Salud / UCSF Santa Barbara</b>	Forma de Pago:	<b>Crédito a 60 días</b>		
Ítem	Descripción del Suministro o Servicio	Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario (\$)	Precio Total (\$)
2	301-01182 ACIDO TRICLOROACETICO, (CCI3COOH), GRADO REACTIVO ACS, FRASCO 500 GRAMOS	1	C/U	\$278,11	\$278,11
Cantidad en letras...	DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO 11/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA			<b>SUMAN..&gt;</b>	<b>\$278,11</b>
Cifrado Presupuestario..:	<b>2013-3200-3-02-01-21-1-VRS</b>				
Destino..:	Diferentes dependencias de la Región Occidental				
Nota..:	En caso de no realizarse esta negociación, le rogamos devolver esta Orden de Compra, en Original, a las oficinas del Departamento de Abastecimiento, de la Región Occidental de Salud.				

**PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION:**

**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, deberá describirlo en la factura de acuerdo como aparece en la Orden de Compra, por cada ítem.
- 3 Antes de la descripción, deberá describir el número de ítem 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 deberá 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.
- 3 Antes de realizar la entrega de los suministros o servicio, deberá 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 retención, según lo establece el Artículo 162 del Código 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 procederá a la aplicación de las sanciones previstas en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP).
- 6 Todos los servicios o productos proporcionados deberán apegarse a todos los requisitos contenidos en los términos de referencia.

PASA A LA SIGUIENTE PAGINA .....

**PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:**

**Administrador de Contrato.:**

Dr. Francisco José Mendoza Sanchez  
Colposcopista de UCSF Santa Barbara

**Guardalmacen.:**

Sr. Felix Adrian Mendoza.  
Almacén de Suministros Generales.  
Teléfono: 2447-6984

**Tiempo de entrega.:**

La entrega de los productos se realizara dentro de un periodo de 15 días hábiles contados un día después de recibida la Orden de Compra.

Fecha de Recepción de Orden de Compra.:

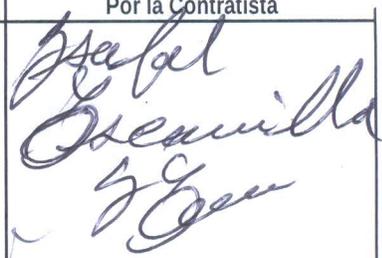
**08 AGO 2013**

Fecha Programada para entrega.:

**29 AGO 2013**

Dirección de Almacén:

21 avenida sur, entre 3a. Y 5a. Calle Poniente;  
atrás del Centro de Rehabilitación de Occidental  
(CRIO) Santa Ana.

ORIGINAL:	La Contratista	Reviso.	Por el Contratante	Por la Contratista
	UFI - Minsal Abastecimiento			
COPIA :	Almacén Administrador Programación y control			
		Lic. Benjamín Pineda Martínez Coordinador de Abastecimiento	Dr. Rodolfo Antonio Peñate Martínez Director Región Occidental de Salud	Nombre, DUI, firma de la persona autorizada y sello de la empresa

