



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



SEÑORES: DATAPRINT DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA:	114 2013
	NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION.:	069 2013
	NUMERO DE LIBRE GESTION.:	069 2013
	FUENTE:	Fondo General

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA, SEGÚN DETALLE, DE LOS SUMINISTROS DE "REPUESTOS PRINCIPALES PARA EQUIPOS INFORMÁTICOS" 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:		DEPARTAMENTO DE INFORMATICA REGION OCCIDENTAL	Forma de Pago:		Credito a 60 dias
Item	Descripción del Suministro o Servicio	Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario (\$)	Precio Total (\$)
3	70188196 MICRO PROCESADOR PARA COMPUTADORA DE ESCRITORIO MICRO PROCESADOR PARA COMPUTADORA, ITL i3 CORE 3.30 GHZ GRAPHICS 3M PROCESADOR LGH1155, MARCA INTEL	76	C/U	\$ 163.55	\$ 12,429.80
5	70188176 QUEMADOR DE DVD-RW MARCA: LITE - ON	77	C/U	\$ 21.60	\$ 1,663.20
Cantidad en letras.: CATORCE MIL NOVENTA Y TRES 00/100 DÓLARES				SUMAN..>	\$ 14,093.00

Cifrado Presupuestario.: 2013-3200-3-02-01-22-1-61104

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.**
  - 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 del Codigo 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).

Vienen de la Pagina anterior..

**PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:**

**Administrador de Contrato.:**

Téc. Douglas Edgardo Tejada

**Guardalmacen.:**

Sr. Francisco Rosales

Tel. : 2441-0270

**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.:**

29 AGO 2013

**Fecha Programada para entrega.:**

19 SEP 2013

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