



DIRECCION REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL
Departamento de Abastecimiento
ORDEN DE COMPRA



SEÑORES: MARCOS TULIO RIVAS RAMÍREZ (HIPER FERRETERA)	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA: 170 / 2013 NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION: 106 / 2013 NUMERO DE LIBRE GESTION: 106 / 2013 FUENTE: FONDO GENERAL (ECOS-NUOVO MODELO)
--	---

SOLICITO A USTEDS SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA, SEGÚN DETALLE, DE LOS SUMINISTROS DE "MATERIALES METÁLICOS Y OTROS ACCESORIOS" DESCRITOS EN LOS ÍTEMS 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:	CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO REGIONAL (MANTENIMIENTO)	Forma de Pago:	Crédito a 60 días		
Ítem	Descripción del Suministro o Servicio	Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario (\$)	Precio Total (\$)
11	80807900 ESPONJA PARA COLCHONETA TIPO ESPUMA DE 2" DE ESPESOR, ESPECIFICAR MEDIDAS. ESPONJA P/COLCHONETA T/ESPUMA 2" (ESPECIAL)	7	C/U	\$ 11.98	\$ 83.86
14	80807910 ESPONJA PARA COLCHONETA TIPO ESPUMA DE 3" DE ESPESOR, ESPECIFICAR MEDIDAS. ESPONJA P/COLCHONETA T/ESPUMA 3" (ESPECIAL)	5	C/U	\$ 20.50	\$ 102.50
CIENTO OCHENTA Y SEIS 36/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA				SUMAN..>	\$ 186.36

Cifrado Presupuestario: 2013-3200-3-02-01-21-1-54199

Destino: Para Unidades Comunitarias de Salud Familiar y Sede Regional

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 FACTURACIÓN:

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

- 1 En la parte superior debe describir **Ministerio de Salud, Región Occidental, Fondo General (Ecos-Nuevo Modelo)**
- 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 el código 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 servicios, 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).

PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:**Administrador de Contrato.:**

Ing. Carlos Ernesto Hernández
Teléfono: 2447- 4062

Guardalmacén.:

Sr. Juan Francisco Rosales
Teléfono: 2441 – 0270

Tiempo de entrega.:

La entrega de los suministros debe realizarse
A mas tardar 5 días hábiles después de
recibida la Orden de Compra

Fecha de Recepción de Orden de Compra:

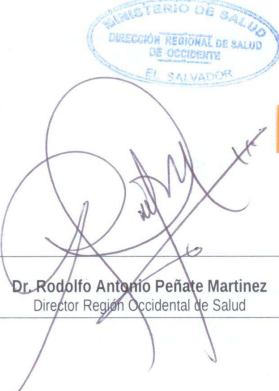
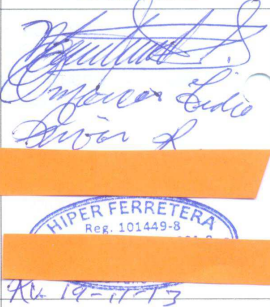
14 NOV 2013

Fecha Programada para Entrega:

21 NOV 2013

Dirección del Almacén de Suministros:
(Región Occidental de Salud)

21a. Avenida Sur, entre 3a. Y 5a. Calle
Oriente, atrás del Centro de Rehabilitación
Integral de Occidente (CRIO), Santa Ana

ORIGINAL:	La Contratista	Revisó	Por el Contratante	Por la Contratista
				
COPIA :	Almacén Administrador Programación y Control	Lic. Benjamin Pineda Martinez Coordinador de Abastecimiento	Dr. Rodolfo Antonio Peña Martinez Director Region Occidental de Salud	Nombre, DUI, firma de la persona autorizada y sello de la empresa