



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

Ministerio de Salud



SEÑORES: DIPARVEL, S.A. DE C.V.	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA.:	009	2014
	NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION.:	006	2014
	NUMERO DE LIBRE GESTION.:	006	2014
	FECHA DE ELABORACION:	03/03/14	
	FUENTE:	<b>Fondo General</b>	

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN ENTREGAR LOS PRODUCTOS "COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES" DETALLADOS EN ESTA ORDEN DE COMPRA DEACUERDO A CADA ITEM DESCRITO, LO CUAL ESTA SUJETO A LAS OBLIGACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE LA ORDEN DE COMPRA.

Dependencia Solicitante:	<b>TRANSPORTE REGIONAL</b>	Forma de Pago:	<b>Crédito a 60 días</b>		
Ítem	Descripción del Suministro o Servicio	Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario (\$)	Precio Total (\$)
1	701-00531 <b>ACEITE PARA MOTOR FUERA DE BORDA, FCO ¼ DE LIT</b>  <b>MARCA: REPSOL</b>	228	C/U	\$3,68	\$839,04
Cantidad en letras.:	OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE 04/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA			<b>SUMAN..&gt;</b>	<b>\$839,04</b>

Cifrado Presupuestario.: **2014-3200-3-02-01-21-1-54110**

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 numero de ítem y seguidamente la del suministro o servicio.
- 4 Deberá describir el numero 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 Publica (LACAP).
- 6 Todos los servicios o productos proporcionados deberán apegarse a todos los requisitos contenidos en los términos de referencia.

Pasan a la siguiente pagina...>

**PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:**

**Administrador de Contrato.:**  
Sr. Cesar Armando Pérez  
Coordinador de Transporte Regional.  
TEL.: 2445-6161

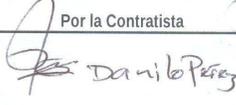
**Guardamacen.:**  
Sr. Felix Adrian Mendoza.  
Almacén de Suministros Generales  
Teléfono: 2447-6984

**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.:** 10 MAR 2014

**Fecha Programada para entrega.:** 31 MAR 2014

**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			
		<p>Lic. Benjamín Antonio Pineda Martínez Coordinador de Abastecimiento</p>	<p>Dr. Rodolfo Antonio Peñate Martínez Director Región Occidental de Salud</p>	 <p>Nombre, DUI, firma de la persona autorizada y sello de la empresa.</p>