



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



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| SEÑORES:<br><b>LACINA, S.A. DE C.V. (Jardin de Celeste)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                        | NUMERO DE ORDEN DE COMPRA.: <b>011/2014</b>                                                    |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        | NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION.: <b>010/2014</b>                                            |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        | NUMERO DE LIBRE GESTION.: <b>010/2014</b>                                                      |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        | FECHA DE ELABORACION: <b>03 de abril de 2014</b>                                               |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        | FUENTE: <b>Proyecto Fondo Global Componente VIH/SIDA SSF/NMF</b><br><b>Actividad 2.1.17.10</b> |                                         |
| SOLICITAMOS SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA DEL SERVICIO DE "ALIMENTACION" DESCRITO EN EL RENGLON DE ESTA ORDEN DE COMPRA, DE ACUERDO AL DETALLE, ASI COMO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION Y OBLIGACIONES INCORPORADAS EN ESTA ORDEN.                                                                                                       |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                         |
| Dependencia Solicitante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | REGION OCCIDENTAL DE SALU (Provision de Servicios)                                                                                                                                     |                                                                                                | Forma de Pago: <b>Credito a 60 dias</b> |
| Renglon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Descripcion del Suministro o Servicio                                                                                                                                                  | Cantidad                                                                                       | Unidad de Medida                        |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 81213011 SERVICIO DE ALIMENTACION Y USO DE INSTALACIONES EN ZONA OCCIDENTAL DE EL SALVADOR                                                                                             | 90                                                                                             | C/U                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                | Precio Unitario (\$) Precio Total (\$)  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                | \$ 22.00 \$ 1,980.00                    |
| Cantidad en letras..:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA                                                                                                             |                                                                                                | SUMAN..> \$ 1,980.00                    |
| Cifrado Presupuestario..:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | S/C                                                                                                                                                                                    |                                                                                                |                                         |
| Destino..:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | En el lugar contratado descrito en la parte superior de esta Orden de Compra                                                                                                           |                                                                                                |                                         |
| 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 Region Occidental de Salud. |                                                                                                |                                         |
| <b>PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                         |
| Presentar factura duplicado mas cuatro copias, con las especificaciones siguientes:                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                         |
| 1 En la parte superior debe describir <b>Ministerio de Salud, Region Occidental, Proyecto Fondo Global Componente VIH/SIDA SSF/NMF Actividad 2.1.17.10</b>                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                         |
| 2 La descripcion del suministro o servicio, debera describirlo en la factura de acuerdo como aparece en el Renglon de esta Orden de Compra.                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                         |
| 3 Antes de la descripcion, debera describir el numero de Renglon y seguidamente la del suministro o servicio.                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                         |
| 4 Debera describir el numero de Libre Gestion y de Orden de Compra.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                         |
| <b>OBLIGACIONES DEL SUMINISTRANTE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                         |
| 1 Enviar al Departamento de Abastecimiento de la Region Occidental de Salud, Copia de la factura para que sea revisada antes de la recepcion del suministro o servicio.                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                         |
| 2 Despues de la recepcion del suministro o servicio debera presentar al Departamento de Abastecimiento, las Facturas originales mas cuatro (4) copias, Actas de recepcion 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, debera coordinar con el Administrador de Contrato                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                         |
| 4 A toda factura que exceda de los \$ 100.00 Dolares de los Estados Unidos de America, le aplicara el 1% de retencion, 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 proedera a la aplicación de las sanciones previstas en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP). |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                         |

Pasan a la siguiente pagina...>

|                                                                                                                                             |                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                                                        |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:</b><br><b>Administrador de Orden de Compra:</b><br>Licda. Ena Elizabeth Alfaro de Ochoa<br>Tel. 2445-6123   |                                                                                                     | <b>Guardalmacen.:</b><br>No aplica                                                                              |                                                                                                                  | <b>Tiempo de entrega.:</b><br>La entrega del servicio adjudicado en esta Orden de Compra se debera realizar de acuerdo a lo contratado |  |
| <b>Fecha de Recepcion de Orden de Compra.:</b>                                                                                              |                                                                                                     | 11 ABR 2014                                                                                                     |                                                                                                                  |                                                                                                                                        |  |
| <b>Fecha Programada para entrega.:</b>                                                                                                      |                                                                                                     |                                                                                                                 |                                                                                                                  |                                                                                                                                        |  |
| <b>ORIGINAL:</b><br>La Contratista<br>UFI - Minsal<br>Abastecimiento<br><b>COPIA:</b><br>Almacen<br>Administrador<br>Programacion y control | <b>Reviso.</b><br> | <b>Por el Contratante</b><br> | <b>Por la Contratista</b><br> |                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                             | Lic. Benjamin Pineda Martinez<br>Coordinador de Abastecimiento                                      | Dr. Rodolfo Antonio Peñate Martinez<br>Director Region Occidental de Salud                                      | Nombre, DUI, firma de la persona autorizada y sello de la empresa                                                |                                                                                                                                        |  |