

CONDICIONES ESPECIALES: EL DIRECTOR REGIONAL DE SALUD ORIENTAL NOMBRA MEDIANTE ACUERDO INSTITUCIONAL AL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA CUYO NOMBRE ES LICDA. MIRIAN CHAVEZ CHAVARRIA DE CRUZ; ENFERMERA SUPERVISORA REGIONAL; EL CUAL SE ENCUENTRA ESTABLECIDO DE IGUAL FORMA EN EL ANEXO N° 1 DE LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA, EL NOMBRADO EN DICHO ACUERDO TENDRA LAS FACULTADES QUE LE SEÑALA EL ART. 82 BIS DE LA LACAP, VERIFICANDO ADEMAS QUE SE REALICE LA ENTREGA DE LOS **RENGLON 1: COMPUTADORA PROFESIONAL MICROPROCESADORA INTEL DUAL CORE 2.9 GHZ, DISCO DURO DE 500 GB SATA, 7200RPM SATA, MEMORIA 2 GB DDR3 1333 MHZ, UNIDAD DVD+/-RW, SUPERMULTI SATA, MOUSE, TECLADO, MANUAL DEL USUARIO PUERTOS, LECTOR DE MEMORIA, KIT CASE FUENTE DE 500 VA ATX MOTHERBOARD H 61W S/R/V BIOSTAR MANUALES, MONITOR DE 18.5 LCD; RENGLO 2: PORTATIL HP 240 G1-CORE I3 3110M/2.4 GHZ, MEMORIA 4 GB, LECTOR OPTICO DVD MULTI, MONITOR DE 14.0 HD BRIGHTVIEW PANORAMICO, WINDOWS 8 PROFESIONAL 64 BITS, ETHERNET, FAST ETHERNET, GIGABIT ETHERNET, IEEE 802.11N, BLUETOOTH 2.1 EDR, IEEE 802.1 RED INALAMBICA 802.11N, BLUETOOTH 2.1 EDR, TECLADO, TOUCHPAD, PLACA PRINCIPAL MOBILE INTEL HM75 EXPRESS, PROCESADOR GRAFICO DE 4000, DISCO DURO DE 500 GB, RENGLO 3: CANON PIXMA MP230-IMPRESORA MULTIFUNCION - COLOR, COPIA, ESCANEA, IMPRIME, CHORRO DE TINTA A4(210X297 MM), LETTER A (216X279 MM) (ORIGINAL) LEGAL (216 X 256MM), A4 (210X297MM) (MATERIAL) HASTA 7 IPM (IMPRESION), 100 HOJAS USB 2.0** SIENDO RESPONSABLE POR CUALQUIER OMISION O NEGLIGENCIA DE SUS FUNCIONES, VERIFICANDO QUE SE REALICE EN LOS TERMINOS ESTABLECIDOS EN LA PRESENTE ORDEN.

LA FACTURA DEBE DE IR A NOMBRE DEL **CONVENIO DE COOPERACION AL DESARROLLO 10-C01-078-001 (PROYECTO FUDEN)**, COLOCAR EN LA FACTURA No DE RENGLO Y LA DESCRIPCION DEL PRODUCTO IGUAL COMO SE PRESENTA EN ESTA ORDEN; ANOTANDO ADEMAS NUMERO DE SOLICITUD Y ORDEN DE COMPRA, ASI COMO TAMBIEN LA RETENCION DEL 1%, AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN PRESENTAR FACTURA DUPLICADO Y CUATRO FOTOCOPIAS EN EL SITIO DE RECEPCION; POSTERIORMENTE CON DOS ACTAS DE RECEPCION Y FACTURA DUPLICADA Y DOS FOTOCOPIAS PASAR A DEPTO FINANCIERO EN LA REGION ORIENTAL DE SALUD PARA SU TRAMITE DE PAGO.



DR. JOSE ROBERTO CRUZ
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD

NOMBRE, FIRMA Y DUI DEL REPRESENTANTE LEGAL
Y SELLO DE LA EMPRESA.



Vº Bº

LIC. HENRY FERRIOLDO PINEDA
COORD. DEPT. DE ABASTECIMIENTOS

ORIGINAL: FONDOS EXTERNOS COPIA 2: PROVEEDOR
COPIA 1: ALMACEN Y/O SITIO COPIA 3: UNIDAD SOLICITANTE
DE RECEPCION. COPIA 4: DEPT. DE ABAST.

11/1/2013
ESTE DOCUMENTO FUE
DISTRIBUIDO EL DIA: