



MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ORIENTE  
ORDEN DE COMPRA

Ministerio de Salud



SEÑORES:	ORDEN NUMERO: 98/2013
	SOLICITUD No. 097/2013
	23/09/2013

**PRESENTE**

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR ENTREGAS SEGÚN DETALLE, DESPUES DE RECIBIR LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA EN EL COMPLEJO DE ALMACENES REGIONAL, UBICADO EN NOVENA AVENIDA NORTE N° 301, BARRIO SAN FELIPE, SAN MIGUEL. LO ESTIPULADO EN LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA

DEPENDENCIA SOLICITANTE		FORMA DE PAGO CREDITO 60 DIAS				
UNIDAD DE ENFERMERIA REGIONAL		FACTURA DE CONSUMIDOR FINAL				
RENGLON	CODIGO	DESCRIPCION DEL SUMINISTRO	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	80202070	CARTUCHO PARA IMPRESOR MARCA CANON (BCI-6C) COLOR CYAN PARA MODELOS (PIXMA IP3000/6000D, PIXMA MP 780, i 560/860,900D, 9900, S 800/900, BCJ8200)	2	C/U	\$11.77	\$23.54
2	80202090	CARTUCHO PARA IMPRESOR MARCA CANON (CL-41) COLOR, PARA MODELOS (PIXMA IP1200/1300/1600/1800 /MP140C/ MP 170/450)	2	C/U	\$27.36	\$54.72

TOTAL EN LETRAS SON: SETENTA Y OCHO 26/100 DOLARES .....\$78.26

DEBE HACERSE EFECTIVO EL CREDITO POR 60 DIAS Y LA ENTREGA DE LA TINTA PARA IMPRESORA EN 9 DIAS DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA.

COORDINAR LA ENTREGA DE LA TINTA PARA IMPRESORA CON LA LICDA. MIRIAN CHAVEZ CHAVARRIA DE CRUZ, ENFERMERA SUPERVISORA REGIONAL; AL TEL. 2669-8621

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 ADEMÁS QUE SE REALICE LA ENTREGA DE LOS **RENGLON: 1 Y 2 CON LAS MISMAS ESPECIFICACIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE**, 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 ADEMÁS NUMERO DE SOLICITUD Y ORDEN DE COMPRA, 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 DUPLICADO 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 Y SELLO DE LA EMPRESA.
Vº Bº  LIC. HERBERTO ARNALDO PINEDA COORD. DEPT. DE ABASTECIMIENTOS	ORIGINAL: FONDOS GOES COPIA 1: ALMACEN YU SHIU DE RECEPCION. COPIA 2: PROVEEDOR COPIA 3: UNIDAD SOLICITANTE COPIA 4: DEPT. DE ABAST.

031