MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ORIENTE
ORDEN DE COMPRA

Ministerio de Salud
EL SALVADOR

SENORES:	ORDEN NUMERO: 001/2014
	SOLICITUD No. 030/2014
2665-5500 Y 2665-5550	FECHA: 22/01/2014

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR ENTREGAS SEGÚN DETALLE, DESPUES DE RECIBIR LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA EN **LAS INSTALACIONES DEL HOTEL FLORENCIA, UBICADO EN CARRETERA PANAMERICANA, COL. GUADALUPE, KM- 135, SAN MIGUEL;** LO ESTIPULADO EN LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA.

DEPENDENCIA SOLICITANTE	FORMA DE PAGO **CREDITO 30 DIAS**
DIRECCION REGIONAL DE SALUD	**FACTURA DE CONSUMIDOR FINAL**

RENGLON	CODIGO DEL PRODUCTO	DESCRIPCION DEL SUMINISTRO	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	81201086	**SERVICIO DE ALIMENTACION Y USO DE INSTALACIONES EN ZONA ORIENTAL DE EL SALVADOR, (2 refrigerios y 1 almuerzo)**	68	C/U	$ 15.39	$ 1,046.52
2	81201086	**SERVICIO DE ALIMENTACION Y USO DE INSTALACIONES EN ZONA ORIENTAL DE EL SALVADOR, (2 refrigerios y 1 almuerzo)**	68	C/U	$ 15.39	$ 1,046.52

TOTAL EN LETRAS

SON: DOS MIL NOVENTA Y TRES, 04/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA .....$ 2,093.04

DEBE HACERSE EFECTIVO EL CREDITO POR 30 DIAS Y LA ENTREGA DEL SERVICIO DE ALIMENTACION Y USO DE INSTALACIONES EN ZONA ORIENTAL DE EL SALVADOR LOS DIAS 28 DE ENERO Y 23 DE JULIO DE 2,014. EN LA ACTIVIDAD 4.4.1.3. EVALUACION SEMESTGRAL NACIONAL A TRAVES DE ANALISIS DE COHORTE DE SEGUIMIENTO DE CASOS TB Y SUS CONTACTOS EN LOS 30 MUNICIPIOS PRIORIZADOS.

PARA LA COORDINACION DEL EVENTO COMUNICARSE CON LA LICENCIADA GLORIA ELISIE DIAZ DE PORTILLO, ENFERMERA DEL PROGRAMA TB; AL TELEFONO 2669-8621 Y 2669-6952.

CONDICIONES ESPECIALES: EL DIRECTOR REGIONAL DE SALUD ORIENTAL NOMBRA MEDIANTE ACUERDO INSTITUCIONAL AL **ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA** CUYO NOMBRE ES **LICENCIADA GLORIA ELSIE DIAZ DE PORTILLO, ENFERMERA DEL PROGRAMA TB REGIONAL;** EL CUAL SE ENCUENTRA ESTABLECIDO DE IGUAL FORMA EN EL ANEXO No. 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: **RENGLON No.1 : SERVICIO DE ALIMENTACION A SERVIRSE: EL MENU SERA INDICADO POR EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN UN DIA ANTES DEL EVENTO. EL DIA 28 DE ENERO DE 2,014 PARA 68 PARTICIPANTES , RENGLON No.2 : SERVICIO DE ALIMENTACION A SERVIRSE: EL MENU SERA INDICADO POR EL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN UN DIA ANTES DEL EVENTO. EL DIA 23 DE JULIO DE 2,014 PARA 68 PARTICIPANTES** ,EN LOS TERMINOS ESTABLECIDOS EN LA ORDEN DE COMPRA.

LA FACTURA DEBE DE IR A NOMBRE DE **PROYECTO FONDO GLOBAL COMPONENTE DE TUBERCULOSIS RONDA 9.** COLOCAR EN LA FACTURA No DE RENGLON 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% DEL MONTO TOTAL; AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN PRESENTAR 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	NOMBRE, FIRMA Y DUI DEL REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO DE LA EMPRESA.
LIC. HERBERT ARNOLDO PINEDA OSORIO COORD. DE ABASTECIMIENTO	ORIGINAL: FONDOS EXTERNOS COPIA 2: PROVEEDOR COPIA 1: ALMACEN Y/O SITIO DE RECEPCION. COPIA 3: UNIDAD SOLICITANTE COPIA 4: DEPT. DE ABAST.

ABASTECIMIENTO