



DIRECCION REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL
Departamento de Abastecimiento
ORDEN DE COMPRA



SEÑORES: MARIA ZOILA AGUILAR PINEDA (IMPRESOS UNIDOS SALVADOREÑOS)	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA.:	105	2013
	NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION.:	045	2013
	NUMERO DE LIBRE GESTION.:	045	2013
	FECHA DE ELABORACION:	02/08/13	
	FUENTE:	Fondo General (ECOS - Nuevo Modelo)	

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA DE LOS PRODUCTOS "IMPRESIONES, PUBLICACIONES Y REPRODUCCIONES"
DESCRITOS DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES Y TERMINOS DESCRITOS EN ESTA ORDEN DE COMPRA.

Dependencia Solicitante:	Vigilancia Sanitaria / Estadística de Salud	Forma de Pago:	Crédito a 60 días		
Ítem	Descripción del Suministro o Servicio	Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario (\$)	Precio Total (\$)
1	805-09247 FORMULARIO PARA REGISTRO DIARIO DE CONSULTA AMBULATORIA Y ATENCIONES PREVENTIVAS	50000	C/U	\$0,04	\$2.000,00
Cantidad en letras...	DOS MIL 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA			SUMAN..>	\$2.000,00

Cifrado Presupuestario..:	2013-3200-3-02-16-21-1-54313
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 (ECOS - Nuevo Modelo)**
 - 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.:
 Téc. Irma Consuelo de Rosales.
 Coordinadora de Unidad de Información Estadística Tel.: 2445-6113

Guardalmacen.:
 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 14 días hábiles contados un día después de recibida la Orden de Compra.

Fecha de Recepción de Orden de Compra.:

14 AGO 2013

Fecha Programada para entrega.:

03 SEP 2013

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 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> 