



DIRECCION REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL
Departamento de Abastecimiento
ORDEN DE COMPRA

Ministerio de Salud



SEÑORES: JOAQUIN ARNULFO MASIN ROJAS (SERMANI)	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA.: 120 2013 NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION.: 080 2013 NUMERO DE LIBRE GESTION.: 080 2013 FECHA DE ELABORACION: 29/08/13 FUENTE: Fondo General
--	---

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN ENTREGAR LOS PRODUCTOS "SUMINISTRO E INSTALACION DE EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO PARA UCSF DETALLADOS EN ESTA ORDEN DE COMPRA DE ACUERDO A CADA ITEM DESCRITO, LO CUAL ESTA SUJETO A LAS OBLIGACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE LA ORDEN DE COMPRA.

Dependencia Solicitante:		Conservación y Mantenimiento Regional			Forma de Pago:		Crédito a 60 días		
Ítem	Descripción del Suministro o Servicio				Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario (\$)	Precio Total (\$)	
2	812-07102	SUMINISTRO E INSTALACION DE EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO TIPO MINISPLIT DE 24,000 BTU.				1	C/U	\$975,00	\$975,00
3	812-07104	SUMINISTRO E INSTALACION DE EQUIPO DE AIRE ACONDICIONADO TIPO MINISPLIT DE 36,000 BTU.				1	C/U	\$1.715,00	\$1.715,00
CANTIDAD EN LETRAS.....:		DOS MIL SEISCIENTOS NOVENTA 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA					SUMAN-->	\$2.690,00	

Cifrado Presupuestario...: 2013-3200-3-02-01-22-1-61102

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**
- 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 esta Orden de Compra

Pasa a la siguiente pagina----->

PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:

Administrador de Contrato.:

Ing. Carlos Ernesto Hernández

Coordinador de Mantenimiento Regional

Administrador de Contrato

Guardalmacen.:

NO APLICA

Tiempo de entrega.:

La entrega de los productos se realizara dentro de un periodo de 15 días hábiles contados un día después de recibida la Orden de Compra.

Fecha de Recepción de Orden de Compra.: 05 SEP 2013

Fecha Programada para entrega.: 26 SEP 2013

Dirección de Almacén.:

NO APLICA

ORIGINAL:	La Contratista UFJ - Minsal Abastecimiento	Reviso.	Por el Contratante	Por la Contratista
				
COPIA :	Almacén Administrador Programación y control	Lic. Benjamín Pineda Martínez Coordinador de Abastecimiento	Dr. Rodolfo Antonio Peñate Martínez Director Región Occidental de Salud	Nombre, DUI, firma de la persona autorizada y sello de la empresa.

