



DIRECCION REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL  
Departamento de Abastecimiento  
ORDEN DE COMPRA



SEÑORES: INSELCA, S.A. DE C.V. ✓	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA.: ✓ 149 2013 NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION.: ✓ 090 2013 NUMERO DE LIBRE GESTION.: ✓ 090 2013 FUENTE: <b>Fondo General</b> ✓ <b>(Ecos-Nuevo Modelo)</b> ✓
-------------------------------------	--

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA, SEGÚN DETALLE, DE LOS SUMINISTROS DE "PRODUCTOS QUIMICOS" DESCRITOS EN LOS ITEMS DE ESTA ORDEN DE COMPRA, TOMANDO EN CUENTA PARA ELLO LAS CONDICIONES DE FACTURACIÓN Y OBLIGACIONES DEL SUMINISTRANTE, INDICADAS EN LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA ✓

Dependencia Solicitante: <b>CONSERVACION Y MANTENIMIENTO REGIONAL (SERVICIOS AUXILIARES)</b> ✓		Forma de Pago: <b>Credito a 60 dias</b> ✓			
Item	Descripción del Suministro o Servicio	Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario (\$)	Precio Total (\$)
2 ✓	80601020 DETERGENTE EN POLVO, SOLUBLE, ESPUMOSO, CON PODER DESINFECTANTE Y TOLERANTE A LA PIEL, BOLSA DE 500 GRAMOS MARCA: 1,2,3 ✓	916 ✓	C/U	\$ 1.31 ✓	\$ 1,199.96 ✓

Cantidad en letras.: UN MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE 96/100 DÓLARES	SUMAN.>	\$ 1,199.96 ✓
---	---------	---------------

Cifrado Presupuestario.: **2013-3200-3-02-16-21-1-54107** ✓

Destino.: Para Unidades Comunitarias de Salud Familiar y Sede Regional.

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 FACTURACIÓN:**

**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, debera describirlo en la factura de acuerdo como aparece en la Orden de Compra, por cada item.
- ✓ 3 Antes de la descripción, deberá describir el número de item y seguidamente la del suministro o servicio.
- ✓ 4 Deberá describir el número 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 debera 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, debera 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 retencion, 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 procedera a la aplicación de las sanciones previstas en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP).

Pasan a la siguiente pagina...>

Vienen de la Pagina anterior..

**PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:**

Administrador de Contrato.: Lic. José Mauricio García ✓

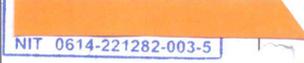
Guardalmacen.: Sr. Félix Adrian Mendoza ✓  
Telf. 2447-6984 ✓

Tiempo de entrega.: La entrega de los suministros debe realizarse 15 días hábiles después de recibida la orden de compra. ✓

Dirección Almacén: 21 Av. sur, entre 3a. y 5a. Calle Pte. Atrás del Centro de Rehabilitación de Occidente (CRIO). ✓

Fecha de Recepción de Orden de Compra.: 25 OCT 2013

Fecha Programada para entrega.: 15 NOV 2013

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