



**DIRECCION REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL**  
Departamento de Abastecimiento  
**ORDEN DE COMPRA**



SEÑORES: <b>TOM ALBERTO HERNANDEZ CHAVEZ</b> <b>(CHAVEZ IMPRESORES)</b>	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA.:	153	2013
	NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION.:	092	2013
	NUMERO DE LIBRE GESTION.:	092	2013
	FECHA DE ELABORACION:	24/10/13	
FUENTE:	<b>FONDO GENERAL (ECOS - NUEVO MODELO)</b>		

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA DE LOS PRODUCTOS "INSUMOS MEDICOS" DESCRITOS DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES Y TERMINOS PLASMADOS EN ESTA ORDEN DE COMPRA.

Dependencia Solicitante:	<b>DIRECCION REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL</b>	Forma de Pago:	<b>Crédito a 60 días</b>		
Ítem	Descripción del Suministro o Servicio	Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario (\$)	Precio Total (\$)
1	812-01140 SERVICIO DE IMPRESION DE DOCUMENTOS	3000	C/U	\$0,60	\$1.800,00
Cantidad en letras..:	UN MIL OCHOCIENTO 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA			<b>SUMAN..&gt;</b>	<b>\$1.800,00</b>

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 FACTURACIÓN:**
- Presentar factura duplicado mas cuatro copias, con las especificaciones siguientes:**
- 1 En la parte superior debe describir **MINISTERIO DE SALUD, REGION 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 número de ítem 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 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 Pública (LACAP).
  - 6 Todos los servicios o productos proporcionados deberán apegarse a todos los requisitos contenidos en los términos de referencia.

**PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:**

**Administrador de Contrato:** ✓  
 Dra. Nora Elvira Lara. ✓  
 Colaboradora Técnica Médica ✓  
 Tel.: 2445-6129 ✓

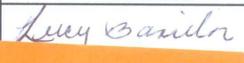
**Guardalmacén:** ✓  
 Sr. Felix Adrian Mendoza. ✓  
 Almacén de Suministros Generales. ✓  
 Teléfono: 2447-6984 ✓

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

**Fecha de Recepción de Orden de Compra:** 30 OCT 2013

**Fecha Programada para entrega:** 20 NOV 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			
		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