Ministerio de Salud

EL SALVADOR

DIRECCION REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL
Departamento de Abastecimiento
ORDEN DE COMPRA

SEÑORES: **GLENDIS MARLENES IBARRA DE ZALDAÑA** (RESTAURANTE CASA ANTIGUA)	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA: 184/ 2013 NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION: 094/ 2013 NUMERO DE LIBRE GESTION: 094/ 2013 ***FUENTE: PROYECTO FONDO GLOBAL, COMPONENTE DE TUBERCULOSIS, RONDA 9, ACTIVIDAD 1.1.2.12***

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA, SEGÚN PROGRAMACIÓN, DEL ***"SERVICIO DE ALIMENTACIÓN Y USO DE INSTALACIONES EN ZONA OCCIDENTAL DE EL SALVADOR"*** DESCRITO EN EL ITEM 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:	**REGIÓN OCCIDENTAL DE SALUD (EDUCACIÓN PARA LA SALUD)**	Forma de Pago:	**Crédito a 60 días**

Ítem	Descripción del Suministro o Servicio	Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario ($)	Precio Total ($)
1	**81201081 SERVICIO DE ALIMENTACIÓN Y USO DE INSTALACIONES EN ZONA OCCIDENTAL DE EL SALVADOR.**	1	C/U	$ 418.00	$ 418.00
Cantidad en letras:	CUATROCIENTOS DIECIOCHO 00/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA			**SUMAN..>**	**$ 418.00**

Cifrado Presupuestario:	**N/A**
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-cliente mas cuatro copias, con las especificaciones siguientes:

1. En la parte superior debe escribir **Proyecto Fondo Global, Componente de Tuberculosis, Ronda 9, Actividad 1.1.2.12.**
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 el código 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 servicios, deberá coordinar con el Administrador de Contrato.
4. 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).
5. AL MOMENTO DE FACTURAR DEBE RECORDAR QUE ESTE FONDO ES EXCENTO, POR TANTO LAS CANTIDADES DEBEN ESTAR COLOCADAS EN LA COLUMNA CORECTA DE SU FACTURA.

PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:

Administrador de Contrato.:
Lic. Efraín Armando Campos.
Teléfono: 2445-6125

Guardalmacén.:
N/A

Tiempo de entrega.:
La entrega de los servicios debe realizarse Según la programación indicada en esta Orden de Compra.

Fecha de Recepcion de Orden de Compra: 13 NOV 2013

Fecha Programada para Entrega: Según Programación anexa a esta Orden de Compra.

Dirección del Almacén de Suministros: (Región Occidental de Salud) N/A

La Contratista	Revisó	Por el Contratante	Por la Contratista
UFI - Minsal Abastecimiento Almacen Administrador Programacion y control	MINISTERIO DE SALUD REGION OCCIDENTAL ABASTECIMIENTO EL SALVADOR, CENTRO AMERICA	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE OCCIDENTE	Glendis Marlenes Ibarra de Zaldaña Restaurante Casa Antigua G. Marlenes I. de Zaldaña
Lic. Benjamin Pineda Martinez Coordinador de Abastecimiento	**Dr. Rodolfo Antonio Peñate Martinez** Director Región Occidental de Salud		Nombre, DUI, firma de la persona autorizada y sello de la empresa