



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



<b>SEÑORES:</b> DPG, S.A. DE C.V.	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA: 097/ 2014 NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION: 071/ 2014 NUMERO DE LIBRE GESTION: 071/ 2014 <b>FUENTE: FONDO GENERAL (ECOS-NUEVO MODELO)</b>
--------------------------------------	--

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA, SEGÚN DETALLE, DE LOS SUMINISTROS DE "PRODUCTOS DE PAPEL Y CARTÓN" 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:	DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL (CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO)	Forma de Pago:	Crédito a 60 días		
Ítem	Descripción del Suministro o Servicio	Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario (\$)	Precio Total (\$)
1	<b>80101025 FOLDER CORRIENTE TAMAÑO CARTA.</b> FOLDER CORRIENTE TAMAÑO CARTA. MARCA: CONCEPT, ORIGEN: GUATEMALA.	30000	C/U	\$ 0.04	\$ 1,200.00
Cantidad en letras:	UN MIL DOSCIENTOS 00/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA			SUMAN..>	\$ 1,200.00

Cifrado Presupuestario:	2014-3200-3-02-16-21-1-54105
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 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 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 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).

<b>PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:</b>		
<b>Administrador de Contrato.:</b> Lic. José Mauricio García Teléfono: 2445-6159	<b>Guardalmacén.:</b> Sr. Félix Adrián Mendoza Teléfono: 2447-6984	<b>Tiempo de entrega.:</b> La entrega de los suministros debe realizarse a mas tardar 5 días calendario después de recibida la Orden de Compra
<b>Fecha de Recepción de Orden de Compra:</b>	2 5 NOV 2014	
<b>Fecha Programada para Entrega:</b>	0 1 DIC 2014'	
<b>Dirección del Almacén de Suministros:</b> (Región Occidental de Salud)	21a. Avenida Sur, entre 3a. Y 5a. Calle Oriente, atrás del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO), Santa Ana	

ORIGINAL:	La Contratista	Revisó	Por el Contratante	Por la Contratista
	UFI - Minsal			
COPIA :	Abastecimiento			
	Almacén			
	Administrador			
	Programación y control	Lic. Benjamin Pineda Martínez Coordinador de Abastecimiento	Dra. Dora María Vega de Sánchez Directora Región Occidental de Salud	Nombre, DUI, firma de la persona autorizada y sello de la empresa