



DIRECCION REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL
Departamento de Abastecimiento
ORDEN DE COMPRA



SEÑORES: PROQUINSA S.A. DE C.V.	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA.:	093	2014
	NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION.:	074	2014
	NUMERO DE LIBRE GESTION.:	074	2014
	FUENTE:	FONDO GENERAL (ECOS - NUEVO MODELO)	

SOLICITAMOS SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA DEL SUMINISTRO "PRODUCTOS QUIMICOS" DESCRITO EN EL RENGLON DE ESTA ORDEN DE COMPRA, DE ACUERDO AL DETALLE, ASI COMO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION Y OBLIGACIONES DEL SUMINISTRANTE.

Dependencia Solicitante:	UCYM REGIONAL	Forma de Pago:	Crédito a 60 días
--------------------------	---------------	----------------	-------------------

renglón	Descripción del Suministro o Servicio		Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario (\$)	Precio Total (\$)
6	806-01085	HIPOCLORITO DE SODIO LEGIA COMERCIAL AL 5% DE CONCENTRACION GALON	1500	C/U	\$ 1,21	\$ 1.815,00
Cantidad en letras..		UN MIL OCHOCIENTOS QUINCE 00/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA			SUMAN..>	\$ 1.815,00

Cifrado Presupuestario...: **2014-3200-3-02-16-21-1-54107**

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, 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 renglón
- 3 Antes de la descripción, deberá describir el numero de renglón 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 la Orden de Compra y hacer cita en el Almacén
- 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 los términos de referencia.

PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:

Administrador de Contrato.:

Lic. José Mauricio García.
Coordinador de Servicios Auxiliares Regional
Tel.: 2445-6159

Guardalmacen.:

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 5 días hábiles contados un día después de recibida la Orden de Compra.

Fecha de Recepción de Orden de Compra.:

27 NOV 2014

Fecha Programada para entrega.:

04 DIC 2014

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			Catherine Avalos  REGIS
COPIA :	Almacén			
	Administrador	Lic. Benjamín Pineda Martínez Coordinador de Abastecimiento	Dra. Dora María Vega de Sanchez Directora Región Occidental de Salud	Nombre, DUI, firma de la persona autorizada y sello de la empresa
	Programación y control			