



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PARACENTRAL
ORDEN DE COMPRA

SEÑORES: **DPG, S.A. DE C.V.**ORDEN DE COMPRA NUMERO: **102/2014**FECHA: **25/06/2014**SOLIC. DE COTIZACION N° **031/2014**SOLICITUD DE COMPRA N° **040/2014**

PRESENTE.

SOLICITO A USTEDÉS SE SIRVAN REALIZAR ENTREGA SEGÚN DETALLE, DESPUES DE RECIBIR LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA EN DIRECCION REGIONAL DE SALUD PARACENTRAL, UBICADA EN 2° AV. SUR Y 6TA. CALLE ORIENTE, LO ESTIPULADO EN ESTA ORDEN.

| DEPENDENCIA: UNIDAD INFORMATICA. | | FORMA DE PAGO: CREDITO | | | |
|---|--|-------------------------------|-----|-----------------|--------------------|
| REGLON | DESCRIPCION DEL SUMINISTRO | CANTIDAD | U/M | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
| 32 | CARTUCHO PARA IMPRESOR MARCA LEXMARK 14N1069 100XL,CIAN, MARCA LEXMARK | 17 | C/U | \$ 21.98 | \$ 373.66 |
| 33 | CARTUCHO PARA IMPRESOR MARCA LEXMARK 14N1070/C540A1MG 100 XL MAGENTA,MARCA LEXMARK | 17 | C/U | \$ 21.98 | \$ 373.66 |
| 34 | CARTUCHO PARA IMPRESOR MARCA LEXMARK 14N1071 100XL YELLOW,MARCA LEXMARK | 17 | C/U | \$ 21.98 | \$ 373.66 |
| <p>EL ADMINISTRADOR DE LA PRESENTA ORDEN DE COMPRA ES: JULIO CESAR CRUZ HERNANDEZ, AUXILIAR ADMINISTRATIVO I. QUIEN SER LA CONTRAPARTE CON LA EMPRESA CONTRATADA, QUIEN DURANTE LA EJECUCION DE LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA PODRA SER SUSTITUIDO MEDIANTE PETICION ESCRITA EMITIDA POR LA UNIDAD SOLICITANTE. PARA LA RECEPCION DEL SUMINISTRO SE LE SOLICITA COORDINAR CON EL SEÑOR CRISTO JESUS IRAHETA, GUARDALMACEN DE SUMINISTROS AL TELEFONO 2393-3910.</p> | | | | | |
| FECHA DE ENTREGA: 11 DE AGOSTO DE 2014. | | | | | \$ 1,120.98 |

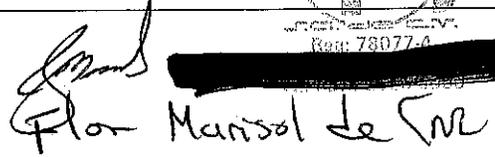
TOTAL EN LETRAS:

SON: **UN MIL CIENTO VEINTE 98/100 DOLARES**CIFRADO PRESUPUESTARIO: **2014-3200-3-02-09-21-1-54115**

319

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 2014-3200-3-02-09-21-1-54115

NOTA: EN CASO DE NO REALIZARSE ESTA NEGOCIACION, ROGAMOSLE DEVOLVER ESTA ORDEN A NUESTRA OFICINA
CON LAS INDICACIONES PERTINENTES, FAVOR LEER LAS CONDICIONES GENERALES DE LA COMPRA EN HOJA ANEXA

| | | |
|--|---|---|
| original: Suministrante copia: Almacén/sitio de Recepción copia: UFI | Contratante | Contratista |
| |  |   |
| | Dra. Ana Susana Calderón Díaz Directora Regional Paracentral | Nombre, DUI, Firma, Persona Autorizada y Sello de la Empresa |

