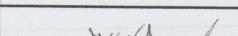

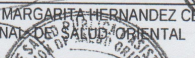




MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ORIENTE
ORDEN DE COMPRA

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE
EL SALVADOR
UNIDOS CRECEMOS TODOS

SEÑORES:		ORDEN NUMERO: 60/2014				
		SOLICITUD No. 097/2014				
		14/07/2014				
PRESENTE						
SOLICITO A USTEDES SE NOS REALICE ENTREGA EN EL COMPLEJO DE ALMACENES DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD ORIENTAL, UBICADO EN 9 a. AVENIDA NORTE N°. 301, BARRIO SAN FELIPE SAN MIGUEL. LO ESTIPULADO EN LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA.						
DEPENDENCIA SOLICITANTE DEPARTAMENTO DE SERVICIOS AUXILIARES				FORMA DE PAGO CREDITO 60 DIAS FACTURA DE CONSUMIDOR FINAL		
REN GLO N	CODIGO	DESCRIPCION DEL SUMINISTRO	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
2	80601017	DETERGENTE EN POLVO, SOLUBLE, ESPUMOSO, CON PODER DESINFECTANTE Y TOLERANTE A LA PIEL	5000	C/U	\$0.49	\$2,450.00
TOTAL EN LETRAS SON: DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA 00 /100 DOLARES.....\$2,450.00						
CIFRADO PRESUPUESTARIO: 2014-3200-3-02-16-21-1-54107						
DEBE HACERSE EFECTIVO EL CREDITO EN 60 DIAS Y LA ENTREGA DE INSUMOS DE LIMPIEZA EN 15 DIAS HABILES DESPUES DE RECIBIR LA ORDEN DE COMPRA.						
COORDINAR LA ENTREGA DE LOS INSUMOS DE LIMPIEZA CON EL ING. VICTOR MANUEL HERNANDEZ, COOR. DE SERVICIOS AUXILIARES AL TEL. 7874-4495 ADMINISTRADOR DE LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA; Y CON EL GUARDALMACEN DE PAPELERIA SR. JESUS DOLORES SALMERON AL TEL. 2660-0901						
CONDICIONES ESPECIALES: LA DIRECTORA REGIONAL DE SALUD ORIENTAL NOMBRA MEDIANTE ACUERDO INSTITUCIONAL AL ADMINISTRADOR DE LA ORDEN DE COMPRA CUYO NOMBRE ES ING. VICTOR MANUEL HERNANDEZ PARADA, COORD. DE SERVICIOS AUXILIARES, QUIEN TENDRA LA FUNCION DE ADMINISTRAR LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA, Y ACTUARA EN REPRESENTACION DE LA REGION ORIENTAL EN LA EJECUCION DE ESTA ORDEN, VERIFICANDO QUE SE CUMPLA EN LOS TERMINOS ESTABLECIDOS EN LA PRESENTE ORDEN, QUIEN A LA VEZ TENDRA LAS FACULTADES QUE SEÑALA EL ARTICULO 82 BIS DE LA LACAP, EN LO QUE LE FUERE APLICABLE.						

  <p>DRA. DORA MARGARITA HERNANDEZ CERNA DIRECTORA REGIONAL DE SALUD ORIENTAL</p>	<p>NOMBRE, FIRMA: _____ EMPRESA: _____</p>
 <p>Vº Bº</p> <p>LIC. HERBERT ARNOLDO PINEDA COORD. DEPT. DE ABASTECIMIENTOS</p>	<p>ORIGINAL: FONDO GENERAL COPIA 1: ALMACEN Y/O SITIO DE RECEPCION.</p> <p>COPIA 2: PROVEEDOR COPIA 3: UNIDAD SOLICITANTE COPIA 4: DEPT. DE ABAST.</p>

ORIGINAL: FONDO GENERAL	COPIA 2: PROVEEDOR
COPIA 1: ALMACEN Y/O SITIO	COPIA 3: UNIDAD SOLICITANTE
DE RECEPCION.	COPIA 4: DEPT. DE ABAST.

22/07/20K