



DIRECCION REGIONAL DE SALUD OCCIDENTAL
Departamento de Abastecimiento
ORDEN DE COMPRA



SEÑORES: DE LOS TRABAJADORES, S.A. DE C.V.	NUMERO DE ORDEN DE COMPRA: 051/ 2014 NUMERO DE SOLICITUD DE COTIZACION: 041/ 2014 NUMERO DE LIBRE GESTION: 041/ 2014 FUENTE: FONDO GENERAL (Acuerdo Ejecutivo No. 768)
--	--

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR LA ENTREGA, SEGÚN DETALLE, DE LOS SUMINISTROS DE "MINERALES NO METÁLICOS" DESCRITOS EN LOS ÍTEMS 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:	UNIDAD DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO REGIONAL (MANTENIMIENTO)	Forma de Pago:	Crédito a 60 días		
Ítem	Descripción del Suministro o Servicio	Cantidad	Unidad de Medida	Precio Unitario (\$)	Precio Total (\$)
1	70208120 CEMENTO PORTLAND, BOLSA DE 42.5 KILOGRAMOS. CEMENTO PORTLAND, BOLSA DE 42.5 KILOGRAMOS.	98	C/U	\$ 8.40	\$ 823.20
2	70208131 BLOQUE DE CONCRETO DE 15 X 20 X 40 CENTÍMETROS. BLOQUE DE CONCRETO DE 15 X 20 X 40 CENTÍMETROS.	502	C/U	\$ 0.65	\$ 326.30
Cantidad en letras: UN MIL CIÉNTO CUARENTA Y NUEVE 50/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA				SUMAN..->	\$ 1,149.50

Cifrado Presupuestario: 2014-3200-3-02-01-21-1-54111

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 (Acuerdo Ejecutivo No. 768)
- 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).

PROCEDIMIENTOS DE RECEPCION:

Administrador de Contrato.:
Ing. Carlos Ernesto Hernández
Teléfono: 2447-4062

Guardalmacen.:
Sr. Juan Francisco Rosales
Teléfono: 2441-0270

Tiempo de entrega.:
La entrega de los suministros debe realizarse a mas tardar 15 días hábiles después de recibida la Orden de Compra

Fecha de Recepción de Orden de Compra: _____

Fecha Programada para Entrega: _____

Dirección del Almacén de Suministros: 21a. Avenida Sur, entre 3a. Y 5a. Calle Oriente,
(Región Occidental de Salud) 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			
	Almacen			
	Administrador			
	Programacion y control			
		Lic. Benjamin Pineda Martinez 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