



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ORIENTE
ORDEN DE COMPRA



SEÑORES: FONDO GENERAL, DIRECTOR, D.A. DE C.V. NIT: 0014917290-1010 25 CALLE PONIENTE MEDICENTRO LA ESPERANZA EDIFICIO L. LOGA, 111 SAN SALVADOR TELEFONO: 2225-1926, 2225-2569	ORDEN NUMERO: 11/2012 SOLICITUD No. 021/2012 FECHA: 25/04/2012
--	--

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR ENTREGAS SEGÚN DETALLE, DESPUES DE RECIBIR LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA EN **ALMACEN DE REGION ORIENTAL DE SALUD EN 9a. AV. NORTE No. 301 BARRIO SAN FELIPE, SAN MIGUEL**, LO ESTIPULADO EN LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA.

DEPENDENCIA SOLICITANTE REGION ORIENTAL DE SALUD	FORMA DE PAGO CREDITO 45 DIAS FACTURA DE CONSUMIDOR FINAL
---	--

REGLON	CODIGO DEL PRODUCTO	DESCRIPCION DEL SUMINISTRO	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
3	70102038	CAPSULA CON PISTILO PARA AMALGAMADOR	500	C/U	\$ 2.50	\$ 1,250.00

TOTAL EN LETRAS
SON: UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA 00/100 DOLARES\$ 1,250.00

CIFRADO PRESUPUESTARIO
2012-3200-3-02-16-21-1-VRS

DESTINO:
ESTOS INSUMOS DE USO ODONTOLÓGICOS SERAN UTILIZADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA REGION ORIENTAL DE SALUD, QUE CUENTAN CON EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA.
DEBE HACERSE EFECTIVO EL CREDITO POR 30 DIAS Y LA ENTREGA DE EL INSUMO 45 DIAS HABILDES DESPUES DE RECIBIDA LA ORDEN DE COMPRA.

CONDICIONES ESPECIALES: LA REGION ORIENTAL DE SALUD DELEGARA A LA DOCTORA GILMA ALVARENGA SALAZAR, COORDINADORA PROGRAMA ODONTOLÓGICO REGIONAL; LA FUNCION DE ADMINISTRAR LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA, QUIEN ACTUARA EN REPRESENTACION DE LA REGION ORIENTAL EN LA EJECUCION DE ESTA ORDEN, SIENDO RESPONSABLE POR CUALQUIER OMISION O NEGLIGENCIA DE SUS FUNCIONES, VERIFICANDO QUE SE REALICE LA ENTREGA DE: **REGLON No. 2: CAPSULA CON PISTILO PARA AMALGAMADOR SIN MARCA ORIGEN MEXICO**, EN LOS TERMINOS ESTABLECIDOS EN LA ORDEN DE COMPRA. PARA REALIZAR LA ENTREGA COMUNICARSE CON EL LIC. OSCAR EDUARDO TURCIOS, GUARDALMACEN DE MEDICAMENTOS REGIONAL; A LOS TELEFONOS 2661-1015 Y 2660-4334.

LA FACTURA DEBE DE IR A NOMBRE DEL MINISTERIO DE SALUD, REGION ORIENTAL DE SALUD, FONDO GENERAL; COLOCAR EN LA FACTURA No DE REGLON Y LA DESCRIPCION DEL PRODUCTO IGUAL COMO SE PRESENTA EN ESTA ORDEN ; ANOTANDO ADEMAS NUMERO DE SOLICITUD Y ORDEN DE COMPRA ASI COMO TAMBIEN LA RETENCION DEL 1% DEL MONTO TOTAL. AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL BIEN PRESENTAR FACTURA DUPLICADO Y DOS FOTOCOPIAS PASAR A DEPTO. FINANCIERO EN LA REGION ORIENTAL DE SALUD PARA SU TRAMITE DE PAGO..

 DR. JOSE ROBERTO CRUZ DIRECTOR REGIONAL	 NOMBRE, FIRMA Y DUI DEL REPRESENTANTE LEGAL SELLO DE LA EMPRESA.	
--	---	--

Vº Bº

LIC. HERBERT ARNOLDO PINEDA OSORIO
COORD. DE ABASTECIMIENTO



COPIA 1: ALMACEN Y/O SITIO DE RECEPCION.	COPIA 3: UNIDAD SOLICITANTE
COPIA 2: DEPT. DE FINANCIERAS	COPIA 4: DEPT. DE ABAST.