



**DIRECCIÓN REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA  
ORDEN DE COMPRA.**



<b>ORDEN DE COMPRA</b>  <b>SEÑORES:</b> <b>DIVER, S.A. DE C.V.</b>  <b>NIT:</b> <b>REG. No.</b> <b>TEL: 2260-6969</b> <b>PRESENTE.</b>	<b>ORDEN NÚMERO: <u>100/2011</u></b>
	<b>SOLICITUD No. <u>100/2011</u></b>
	<b>16 de septiembre de 2011.</b>

**SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR ENTREGAS SEGÚN DETALLE, DESPUES DE RECIBIR LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA.**

DEPENDENCIA SOLICITANTE: REGION DE SALUD METROPOLITANA (Departamento de Conservación y Mantenimiento). Administrador de Contrato <b>Ing. Ramón Ernesto Parada Font.</b>	<b>FORMA DE PAGO: <u>CRÉDITO A 30 DÍAS.</u></b> <b>FONDOS: GENERAL</b> <b>LIBRE GESTION.</b> <b>ENTREGA: MÁXIMO 1 DÍA HÁBIL DESPUÉS DE RECIBIR ORDEN DE COMPRA.</b>
---	--

REGLON	DESCRIPCION DEL SUMINISTRO	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PRECIO UNITARIO(\$)	PRECIO TOTAL(\$)
24	Clips tipo jumbo, caja. Marca Besko.	800	C/U	\$0.38	<b>\$304.00</b>
26	Fastener de 8 cm, caja. Marca Besko.	651	C/U	\$0.86	<b>\$559.86</b>
<b>MONTO TOTAL</b>					<b>\$863.86</b>

**LAS FACTURAS**  
 La factura será emitida de consumidor final a **nombre de la Región de Salud Metropolitana, MINSAL con IVA incluido.** Ésta deberá contener: Número de renglón, Cantidad, **Descripción EXACTA** del producto de acuerdo a esta orden de compra, Precio unitario, Precio total, Número de orden de compra, Número de solicitud de compra y Cantidad en letras. Es de suma importancia que la factura este elaborada correctamente, sin errores, enmendaduras ni manchones, así se evitará atrasos en los pagos. De no cumplirse estos requerimientos, la factura **NO** será **RECIBIDA.**

**NOTA:**  
 La Dirección General de Impuestos Internos en uso de sus facultades legales y de conformidad con lo establecido en el Art. 162 inciso 3ero., del Código Tributario resuelve: Designar al Ministerio de Salud, como agente de retención del impuesto a la transferencia de bienes muebles y a la prestación de servicios, por lo que deberá retener en concepto de anticipo de dicho impuesto el (1%) uno por ciento, sobre el precio de los bienes que adquiera o de los servicios que le presten, todos aquellos contribuyentes de este impuesto según el Art. 162, inciso 4 del Código Tributario, que la retención será aplicada en operaciones en el precio de venta de los bienes transferidos o servicios prestados sea igual o superior a \$100.00 cien dólares.

Región de Salud Metropolitana  
Este documento  
fue distribuido



**DIRECCIÓN REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA  
ORDEN DE COMPRA.**



**TOTAL EN LETRAS**  
**SON: OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES 86/100..... \$863.86**

**CIFRADO PRESUPUESTARIO:**  
**2011-3200-3-02-16-21-1-54114      \$15,793.19**

**DESTINO :**  
**PARA SER UTILIZADO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA.**

Se deberá hacer la entrega del suministro en el Almacén Regional, ubicado en Calle antigua al Matazano contiguo a canchas de fútbol de la Constancia, Soyapango, S.S. (Coordinar la fecha de entrega con el Sr. Eduardo Antonio Barrera, Guardalmacén de Insumos Médicos al teléfono 2297-1307 así como con el Ing. Ramón Ernesto Parada Font, Administrador de Contrato al teléfono 2263-2790 el cual deberá estar presente al momento de la recepción del suministro).

Presentar factura en duplicado cliente y 2 fotocopias a nombre de la Región de Salud Metropolitana, MINSAL, con IVA incluido, con su respectiva acta de recepción el MISMO DÍA de la entrega. Esta documentación se deberá presentar en el Departamento de Abastecimiento debidamente firmada y sellada para el trámite de pago correspondiente.

**CONTRATANTE**

**EL CONTRATISTA**

*[Handwritten signature]*  
  
**DIR. VILLAGRO DEL CARMEN SEGOVIA DE CORNEJO**  
**DIRECTORA REGIONAL DE SALUD**  
**METROPOLITANA**

*[Handwritten signature]*  
**NOMBRE, FIRMA, DUI DEL REPRESENTANTE**  
**O DELEGADO Y SELLO DE LA EMPRESA.**  
*Diver. S. de C.A.*

ELABORADO:

*[Handwritten signature]*  


**TECNICO DE ADQUISICIONES REGIONAL EN FUNCIONES.**

**NOTA:** en caso de no realizarse esta negociación, solicitamos devolver esta orden a nuestra oficina con las indicaciones pertinentes, favor leer las condiciones generales de la compra en hoja anexa.

- ORIGINAL:                    SUMINISTRANTE
- COPIA 1:                    ALMACEN Y/O SITIO DE RECEPCION
- COPIA 2:                    DEPARTAMENTO FINANCIERO
- COPIA 3:                    UNIDAD SOLICITANTE.
- COPIA 4:                    DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO



# DIRECCIÓN REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA ORDEN DE COMPRA.



## CONDICIONES DEL SUMINISTRO

### **OBLIGACIONES DEL SUMINISTRANTE**

1. Someterse a las disposiciones legales del País, aplicables al negocio de que se trata, renunciando a entablar reclamaciones por vías que no sean establecidas en las leyes de El Salvador.
2. 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 (MINSAL), procederá a la aplicación de las sanciones previstas en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

### **OBLIGACIONES DEL GOBIERNO**

1. Pagar el valor de **MATERIALES DE OFICINA**, previo a los trámites legales, después que **el Guardalmacén y Administrador de Contrato**, hayan recibido el suministro descrito en esta Orden de Compra, contratados a entera satisfacción y de acuerdo con las especificaciones convenidas.
2. La Región de Salud Metropolitana vigilará el cumplimiento de la presente Orden de Compra, hasta haberse recibido el suministro en su totalidad y a entera satisfacción, previa aceptación del sitio de Recepción e informará al Departamento de Abastecimiento Regional para efectos de control y seguimiento de la adquisición.

### **OTRAS CONDICIONES DEL SUMINISTRO**

1. La fecha de entrega del suministro será de inmediato, lo cual está estipulado en la presente Orden de Compra, que reciba el suministrante debidamente legalizada.
2. Los suministros de **MATERIALES DE OFICINA**, al que la presente Orden se refiere será **recibido en el Almacén Regional** a entera satisfacción el cual deberá elaborar Acta de recepción según lo contratado, esta será firmada y sellada al igual que la factura correspondiente de recepción del suministro é inmediatamente deberán hacer llegar dicha documentación al Departamento de Abastecimiento y este a su vez revisara y enviará al Departamento Financiero Regional para su respectivo tramite de pago.
3. En caso que en el curso de la ejecución de la Orden de Compra, hubiera necesidad de introducir modificaciones a la misma, éstas no podrán llevarse a cabo sin la autorización correspondiente solamente se tramitarán las modificaciones que se soliciten por escrito y en las cuales las partes interesadas estén en un todo de acuerdo.
4. Las obligaciones que contrae el Gobierno por medio de esta Orden de Compra, son únicamente para con el suministrante, quién debe observar las condiciones establecidas, a fin de conservar antecedentes favorables.



**DIRECCIÓN REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA  
ORDEN DE COMPRA.**



**MINISTERIO DE SALUD  
República de El Salvador, C. A.**



## **VERSIÓN PÚBLICA**

**“Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial entre ello los datos personales de las personas naturales firmantes”. (Artículos 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa)**

**“También se ha incorporado al documento la página escaneada con las firmas y sellos de las personas naturales firmantes para la legalidad del documento”**