



**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD PARACENTRAL
ORDEN DE COMPRA**

SEÑORES: **RZ, S.A. DE C.V.**ORDEN DE COMPRA NUMERO: **087/2014**FECHA: **05/06/2014**SOLIC. DE COTIZACION N° **031/2014**SOLICITUD DE COMPRA N° **040/2014**

PRESENTE.

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR ENTREGA SEGÚN DETALLE, DESPUÉS 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
17	CARTUCHO PARA IMPRESOR MARCA CANON MULTIFUNCION (PGI 125 PG BK) PARA MODELOS (PIXMA MG6210/IP 4810), MARCA CANON.	18.000	C/U	\$ 17.88	\$ 321.84
35	CARTUCHO PARA IMPRESOR HP DESKJET (CB338WL) COLOR, NUMERO 75, PARA MODELOS (HP DESKJET D4360, D4260, HP PHOTOSMARK C4240, C4250, C4280, C4285, C4440, C4450, C4480, C5240, C5250, C5280, J5780, J5750). MARCA HP.	10.000	C/U	\$ 21.08	\$ 210.80
<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 JULIO DE 2014.					\$ 532.64

TOTAL EN LETRAS:

SON: **QUINIENTOS TREINTA Y DOS 64/100 DOLARES**CIFRADO PRESUPUESTARIO: **2014-3200-3-02-09-21-1-54115**DESTINO: **ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SEDE REGIONAL**

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	CONTRATANTE	CONTRATISTA
COPIA 1: ALMACEN Y/O SITIO DE RECEPCION		<i>Oscar Bustamante</i>
COPIA 2: UFI		<i>[Signature]</i>
COPIA 3: UNIDAD SOLICITANTE.		
COPIA 4: DEPTO. DE ABASTECIMIENTO	<i>[Signature]</i> DRA. ANA SUSANA CALDERON DIAZ DIRECTORA REGIONAL DE SALUD PARACENTRAL	NOMBRE, DUI, FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA Y SELLO DE LA EMPRESA

