



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

SEÑORES: **O.E.F DE EL SALVADOR**

**ORDEN DE COMPRA: 106/2014**

CALLE A AMAPULAPA LOT. VAQUERANO # 25 TEL. 2393-4450

**FECHA: 27/08/2014**

PRESENTE.

**SOLIC. DE COTIZACION N° 038/2014**

**SOLICITUD DE COMPRA N° 063/2014**

SOLICITO A USTEDES SE SIRVAN REALIZAR ENTREGA DE SERVICIO DE ALIMENTACION SEGÚN DETALLE, DESPUES DE RECIBIR LA PRESENTE ORDEN DE COMPRA ( SERVICIO A DOMICILIO ), EN COORDINACION CON LA LICDA. HERMINIA VASQUEZ DE LOPEZ AL TE. 2393-2025

DEPENDENCIA SOLICITANTE : Provisión de servicios Reglón Paracentral de Salud

FORMA DE PAGO: CREDITO 30 DIAS

REGLON	DESCRIPCION DEL SUMINISTRO	CANTIDAD	U/M	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
1	SERVICIO DE ALIMENTACION , QUE INCLUYE ( DESAYUNO Y ALMUERZO )	56	C/U	\$ 16.00	\$ 896.00
<p>El MINSAL hará efectivo el pago, de acuerdo a los precios pactados en la presente Orden de Compra. La facturación del servicio se realizará a la finalización de cada evento. La factura emitida deberá ser de consumidor final ( en ventas afectas ) a nombre de <b>Aporte no reembolsable-ICO, complementario al FFI subvención 2011-2013. SETEFE-MINSAL, proyecto 2614. Desarrollo y fortalecimiento Institucional del Instituto Nacional de Salud de El Salvador, año III.</b> La factura deberá expresar: Número de orden de compra y número de solicitud de cotización , descripción del producto según orden de compra. Aplicarle el 1% de retención según lo dispuesto en el artículo 162 inciso segundo del código tributario</p>					

TOTAL.....




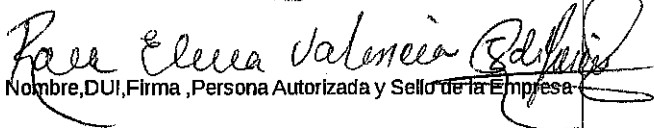
\$ 896.00

47

TOTAL EN LETRAS: OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS 00/100 DOLARES

FECHA : SEGUN PROGRAMACION EN COORDINACION CON EL ENCARGADO DEL EVENTO : 2 JORNADAS DE 28 PARTICIPANTES POR DIA., SERVIDO EN LOCAL DEL RESTAURANTE.

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

	Contratante	Contratista
original: Suministrante		
copia: Almacen/sitio de Recepción		
copia: UFI		
copia: Depto de Abastecimiento		
	 DR. RENZO HUGO CASTILLO MARTINEZ DIRECTOR REGION PARACENTRAL DE SALUD	 Nombre, DUI, Firma, Persona Autorizada y Sello de la Empresa 