



**FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS
A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO**

Alameda Juan Pablo II y 4a. Av. Norte #428 Bo. San José, San Salvador, El Salvador, C.A. PBX: 2133-6200, Fax: 2133-6233, Email: uaci7@fondolisiados.gob.sv

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

FECHA	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	NUMERO DE ORDEN
18/07/2017	Prestaciones a Beneficiarios	762

NOMBRE DEL SUMINISTRANTE:	ROXANA MINERVINI MUÑOZ
NIT DEL SUMINISTRANTE:	[REDACTED]
DIRECCIÓN SUMINISTRANTE:	[REDACTED]

Atentamente solicito proporcionar a FOPROLYD los bienes o servicios que a continuación se detallan:

CANT.	U. MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO U.	TOTAL
1	Unidad	Proceso de Libre Gestión N° 89/2017 denominado: "SERVICIO DE TRATAMIENTO DDDNTDLÓGICO Y PRÓTESIS DENTAL PARA UNA PERSONA BENEFICIARIA DE FOPROLYD", según detalle: BENEFICIARIO: Rubén Antonio Gálvez (Exp. 3551), lo que comprende: 1 Prótesis removible superior tipo Valplast	\$300.00	\$300.00
1	Unidad	Prótesis removible inferior tipo Valplast	\$300.00	\$300.00

TOTAL: **\$600.00**

TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS 00/100 DOLARES

FDRMA DE PAGD: Crédito a 60 días

PLAZD DE CONTRATD: Máxima 21 días hábiles a partir de la autorización para iniciar el tratamiento dental.

DBSERVACIDNES: FDRMAN PARTE DE LOS DOCUMENTDS CONTRACTUALES: El requerimiento para la presentación de oferta, la oferta presentada, el acta de Resolución Adjudicativa y la presente Orden de Compra.

GARANTIA DE CDNTRATD: Garantía 1 año, periodo en que responderá ante cualquier desperfecto técnico en la prótesis realizada o en cualquier tratamiento.

PAGD A CUENTA: [REDACTED]

LUGAR DE ENTREGA: 25 AV. NORTE EDIFICIO D, LOCAL 217, MEDICENTRO LA ESPERANZA, COL. MEDICAL S.S.

 KAREN ARACELY AGUILLON VELASCO JEFE UACI NOMBRE FIRMA Y SELLO	<p align="center">ORDEN DE COMPRA 19-JULIO-2017</p> NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO
--	---

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

Nombre	Teléfono:	Fax:	Email:
ELOISA MARIA SOLÓRZANO MONTENEGRO	2133-6200	2133-6233	eloisasolorzano@fondolisiados.gob.sv

