



**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: uac17@fondolisiados.gob.sv

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

<b>FECHA</b>	<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO</b>	<b>NUMERO DE ORDEN</b>
17/03/2017	Prestaciones a Beneficiarios	702

<b>NOMBRE DEL SUMINISTRANTE:</b>	TOM ALBERTO HERNANDEZ CHAVEZ
<b>NIT DEL SUMINISTRANTE:</b>	[REDACTED]
<b>DIRECCION SUMINISTRANTE:</b>	CALLE ORIENTE No. 434, COL. LA RABIDA, San Salvador, SAN SALVADOR

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

CANT.	U. MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO U.	TOTAL
10000	Unidad	PROCESO LG No. 52/2017 "SERVICIOS DE IMPRESIÓN DE 10,000 FORMULARIOS DE CONSTANCIAS DE VIDA PARA PENSIONADAS BENEFICIARIAS PENSIONADAS DE FOPROLYD Y DE PERFORADO FINO DE 20,000 PÁGINAS DE PAPEL BOND, TAMAÑO CARTA", de conformidad al siguiente detalle: - Impresión de constancia de vida, hojas impresas en papel químico original y copia blanco, tamaño carta (8.5 x 11"), impresión en tinta negra original y en tinta azul copia, (con Cambios marginales), block de 50 formularios engomados.	\$0.04	\$ 400.00
20000	Unidad	- Perforado fino de páginas de papel bond, tamaño carta en blanco, un perforado en todo lo ancho de la página de forma horizontal (FOPROLYD hará entrega del papel).	\$0.01	\$200.00

**TOTAL:** **\$600.00**

**TOTAL EN LETRAS: SEISCIENTOS 00/100 DOLARES**

FORMA DE PAGO: 60 días crédito

PLAZO DE CONTRATO: 8 días hábiles después de aprobado arte

**OBSERVACIONES: GARANTÍA:** Se comprometo a reponer todo producto defectuoso por causa de fabricación. *////* Forman parte de la documentación contractual: a) El requerimiento; b) La oferta presentada; y c) La presente Orden de Compra de Bienes y Servicios.

PAGO A CUENTA: [REDACTED]

LUGAR DE ENTREGA: Oficinas administrativas de FOPROLYD

 KAREN ARACELY AGUILLON VELASCO JEFE UACI NOMBRE FIRMA Y SELLO	 NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO	
--	---------------------------------------	--

**Datos del Administrador de la Orden de Compra:**

<b>Nombre:</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>Fax:</b>	<b>Email:</b>
JULIA MARICELA RIVAS ROMERO	2133-6200	2133-6233	maricelarivas@fondolisiados.gob.sv

