



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

Alameda Juan Pablo I y 4a. Av. Norte #428 Bo. San José, San Salvador, El Salvador, C.A. PBX: 2133-6200, Fax: 2133-6233, Email: uaci@fondolesionados.gov.sv

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

<b>FECHA</b>	<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO</b>	<b>NUMERO DE ORDEN</b>
02/02/2017	Prestaciones a Beneficiarios	668
<b>NOMBRE DEL SUMINISTRANTE:</b> RDO SALINAS FIGUEROA		
<b>NIT DEL SUMINISTRANTE:</b> [REDACTED]		
<b>DIRECCION SUMINISTRANTE:</b> 73 AVE. SUR EDIFICIO OLIMPIC PLAZA LOCAL N°39, COLESCALON CONTIGUO A WENDYS Y FRENTE A CEBOLLINES, 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
1	Unidad	LIBRE GESTIÓN No. 07/2017 "SERVICIOS DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN LA ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA BENEFICIARIOS Y SOLICITANTES DE FOPROLYD, A REALIZARSE DURANTE EL AÑO 2017"; según detalle: a) Audiometría, a razón de US\$ 15.00; b) Logoaudiometría, a razón de US\$ 20.00; c) Timpanometría, a razón de US\$ 10.00; OTROS: Nasofaringolaringoscopia, a razón de US\$ 50.00; todos los cuales incluyen lectura y ponderación.	\$1,500.00	\$1,500.00

**TOTAL:** \$1,500.00

**TOTAL EN LETRAS:** UN MIL QUINIENTOS 00/100 DOLARES

FORMA DE PAGO: CRÉDITO A 60 DÍAS

PLAZO DE CONTRATO: A PARTIR DE LA EMISIÓN DE LA ORDEN A DICIEMBRE DEL AÑO 2017 O HASTA AGOTARSE EL MONTO ADJUDICADO.

OBSERVACIONES: HORARIO DE ATENCIÓN: Lunes a Viernes de 2:00 a 6:00 p.m.; Sábado de 9:00 a.m. a 12:30 p.m. previa cita. TIEMPO DE ENTREGA DE RESULTADOS: Cada 7 días calendario, posterior a la toma del examen. Los exámenes serán realizados en San Salvador. Forman parte integrante de los documentos contractuales: a) El requerimiento; b) la oferta presentada; y c) la presente Orden de Compra de Bienes y Servicios.

LUGAR DE ENTREGA: EN LA CLÍNICA DEL ADJUDICATARIO UBICADAS EN SAN SALVADOR

 KAREN ARACELY AGUILLON VELASCO JEFE UACI NOMBRE FIRMA Y SELLO	 Dr. Walter Leonardo Salinas Figueroa DOCTOR EN MEDICINA Daysi de Ramirez No. 5876 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>
SANDRA ELIZABETH BELTRAN VELASQUEZ	2133-6200	2133-6233	sandrabeltran@fondolesionados.gov.sv

