



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

Alameda Juan Pablo I y 4a. Av. Norte #428 Bn. San José, San Salvador, El Salvador, C.A. PBX: 2133-6200, Fax 2133-6233, Email: uac7@fondolisiados.gob.sv

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

FECHA	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	NUMERO DE ORDEN
15/03/2017	Prestaciones a Beneficiarios	698

NOMBRE DEL SUMINISTRANTE:	ROXANA MINERVINI MUÑOZ
NIT DEL SUMINISTRANTE:	[REDACTED]
DIRECCION SUMINISTRANTE:	25AV. NORTE EDIFICIO D LOCAL 217 MEDICENTRO LA ESPERANZA COLONIA MEDICA, 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	PROCESO LG No. 51/2017 "SERVICIOS DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y PRÓTESIS DENTAL PARA DOS PERSONAS BENEFICIARIAS DE FOPROLYD", de conformidad al siguiente detalle: Tratamiento No. 1: BENEFICIARIO: José Antonio Alas Hernández (EXP. 6183), que comprende: a) Una corona de porcelana para pieza 1-1, a razón de US\$ 100.00; b) Prótesis removible superior metal acrílico, a razón de US\$ 180.00; y c) Prótesis removible interior metal acrílico, a razón de US\$ 180.00.	\$460.00	\$460.00
1	Unidad	Tratamiento No. 2: BENEFICIARIO: José Guillermo Villalta Padilla (EXP. 96); que comprende: Guarda oclusal de acetato ahujado	\$50.00	\$50.00

TOTAL: **\$510.00**

TOTAL EN LETRAS: QUINIENTOS DIEZ 00/100 DOLARES

FORMA DE PAGO: Crédito 60 días posterior a la entrega de factura.

PLAZO DE CONTRATO: 21 días hábiles a partir de la autorización para iniciar el tratamiento dental

OBSERVACIONES: GARANTÍA: 1 año, periodo en que se responderá ante cualquier desperfecto técnico en las prótesis realizadas o en cualquier tratamiento.////Los servicios y el costo incluyen las consultas que sean necesarias hasta lograr la entera satisfacción por parte de la persona beneficiaria.////Forman parte integrante de los documentos contractuales a) El Re verimiento; b) La oferta presentada; y c) La presente Orden de Compra.

PAGO A CUENTA: [REDACTED]

LUGAR DE ENTREGA: En la ciudad de San Salvador, en la clínica de la Doctora.

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

Datos del Administrador de la Orden de Compra:		Dra. Roxana Minervini Muñoz
Nombre: EDUARDO ENRIQUE MARTINEZ IRA HETA	Teléfono: 2133-6200	ESPECIALISTA EN CIRUGIA DENTAL
	Fax: 2133-6233	eduardo@fondolisiados.gob.sv

