



**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
25/07/2017	Prestaciones a Beneficiarios	763
NOMBRE DEL SUMINISTRANTE: ROXANA MINERVINI MUÑOZ		
NIT DEL SUMINISTRANTE: [REDACTED]		
DIRECCION SUMINISTRANTE: 25 AV. 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 de Libre Gestión N° 95/2017 denominado "SERVICIO DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y PRÓTESIS DENTAL PARA UNA PERSONA BENEFICIARIA DE FOPROLYD", según detalle: BENEFICIARIO: Francisco Vásquez Vásquez (Exp. 21894), lo que comprende: (1) Detartraje y Profilaxis Dental	\$20.00	\$20.00
1	Unidad	Prótesis Removible Metal - Acrílico Superior	\$180.00	\$180.00
1	Unidad	Obtufación Resina Fotocurada pieza 1 - 6	\$20.00	\$20.00
1	Unidad	Obtufación Resina Fotocurada pieza 2 - 7	\$20.00	\$20.00

TOTAL: **\$240.00**

TOTAL EN LETRAS: DOSCIENTOS CUARENTA 00/100 DOLARES

FORMA DE PAGO: Crédito a 60 días

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

OBSERVACIONES: Forman parte de los documentos contractuales: El requerimiento para la presentación de oferta, La Oferta Presentada, El Acta de Resolución Adjudicativa y la Presente Orden de Compra.

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

PAGO A CUENTA: [REDACTED]

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

Karen Aracely Aguilón Velasco
KAREN ARACELY AGUILLÓN VELASCO
JEFE UACI NOMBRE FIRMA Y SELLO

Roxana Minervini Muñoz
Dra. Roxana Minervini Muñoz
ODONTÓLOGA EN CIRUGÍA DENTAL
C.P. No. 3327
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

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

