



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

DOCUMENTO EN VERSION PÚBLICA

De conformidad a los

Artículos:

24 Literal “c” y 30 de la LAIP.

Se han eliminado los datos

Personales



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

ORDCOM-01

ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

FECHA	FUENTE DE FINANCIAMIENTO	NUMERO DE ORDEN
25/03/2022	Prestaciones a Beneficiarios	1602

NOMBRE DEL SUMINISTRANTE:	NEUROLAB S.A. DE C.V.
NIT DEL SUMINISTRANTE:	
DIRECCION SUMINISTRANTE:	

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

CANT.	U. MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO U.	TOTAL
1.00	Servicio	LIBRE GESTIÓN N° 35/2022: "SERVICIO DE EXAMEN DE GABINETE EN LA ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA PARA PERSONAS BENEFICIARIAS Y SOLICITANTES DE FOPROLYD", SEGÚN DETALLE: Realizar Electroencefalograma, incluyendo lectura, a razón de US\$ 50.00 por examen. En el caso de requerirse un tipo de examen excepcional no incluido en los requerimientos, igualmente se considerará contratado, sin embargo, su autorización estará supeditada a la aprobación de las personas administradoras del documento contractual y funcionario designado por acuerdo de Junta Directiva, para adjudicar dicho proceso. Los oferentes adjudicados proporcionaran sus servicios en los domicilios y horarios detallados en su propuesta económica	\$2,150.00	\$2,150.00

TOTAL: \$2,150.00

TOTAL EN LETRAS: DOS MIL CIENTO CINCUENTA 00/100 DOLARES

FORMA DE PAGO: Crédito 60 días

PLAZO DE CONTRATO: A partir de la emisión de la Orden de Inicio por parte de las personas administradoras del documento contractual hasta el 31 de diciembre de 2022

OBSERVACIONES: El servicio será brindado en el domicilio del contratado, ubicado en Colonia Médica Pasaje Dr. Mariano Samayoa N° 119, San Salvador, en los siguientes horarios: De Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. Los usuarios serán atendidos POR CITA no mayor a 1 semana. La entrega de los resultados: 7 días calendario después de la realización del estudio. Tiempo de entrega para correcciones 5 días calendario. Forman parte de los documentos contractuales: a) El requerimiento para la presentación de oferta; b) La oferta económica; c) Acta Adjudicativa; d) La presente Orden; y e) Otros documentos que emañen del proceso de contratación.

GARANTIA DE CONTRATO: El adjudicatario deberá de rendir a satisfacción de FOPROLYD dentro del plazo de ocho días hábiles, posteriores a la recepción de la orden de compra: UNA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN DE COMPRA, por un monto equivalente al DIEZ POR CIENTO (10%) del monto total adjudicado, cuya vigencia será a partir de la emisión de la orden de compra hasta el 31 de diciembre de 2022 más 60 días adicionales. La garantía deberá de ser presentada con nota de remisión firmada y sellada, en la UACI de FOPROLYD. La referida garantía será analizada, para confirmar que no existan faltas, deficiencias, contradicciones o inconsistencias en la misma; en caso de detectarse éstas, FOPROLYD podrá requerir al oferente que subsane dichas situaciones, en el plazo establecido de tres días hábiles, contados a partir del día siguiente de la fecha de recepción de la notificación enviada por FOPROLYD. A. Para las Micro Pequeñas y Medianas Empresa: De conformidad a la Política Anual de Adquisiciones y Contrataciones de las Instituciones de la Administración Pública General N° 8.1; Pagaré, Cheque Certificado o de Gerencia. (es necesario presentar certificación de CONAMYPE en la cual conste su clasificación como micro o pequeña empresa). B. Para las Grandes empresas: Cheque Certificado, Garantía emitida por Institución Bancaria, Compañía Aseguradora o Afianzadora, debidamente autorizada por la Superintendencia del Sistema Financiero de El Salvador.

PAGO A CUENTA:

LUGAR DE ENTREGA: FOPROLYD

 Dr. Daniel Eduardo Platero Martínez GERENTE GENERAL AD HONORARIUM	 FONDO DE PROTECCIÓN DE LISIADOS Y DISCAPACITADOS A CONSECUENCIA DEL CONFLICTO ARMADO GERENCIA GENERAL	NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE RECIBO	República de El Salvador C.S.S.P. CLÍNICA MÉDICA NEUROLAB No. Inscrip. _____ Prop. SOC. NEUROLAB, S.A. DE C.V. San Salvador
			San Salvador

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____