

CDE/B/2021-010

Lugar y fecha de emisión:	COCHABAMBA, 25 de marzo de 2021		
Nombre del Proveedor:	MUEBLES EL SOL		
Representante Legal o propietario	QUIROGA TRIGO TERESA MARISOL		
Dirección:	C/ 25 DE MAYO SUD - 0620		
Teléfono(s)/ Fax :	4226521	Celular:	----
Email:	muebles_el_sol@hotmail.com		

Toda vez que su Empresa ha sido adjudicada el Proceso de Contratación N° CDE/B/2021-010, mediante Nota de Adjudicación del 10 de marzo de 2021, en mi calidad de Secretaria Municipal de Salud, solicito a usted(es) proveernos los bienes que se describe a continuación:

**A. DESCRIPCION DEL BIEN A SER PROVISTO**

Nº	Descripción de los bienes	Unidad Medida	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total
1	CAMILLA DE TRASLADO INOX	PIEZA	2	10.000,00	20.000,00
				<b>Total:</b>	<b>20.000,00</b>

**B. CONDICIONES ESPECIFICAS DE LA ORDEN DE COMPRA**

**Plazo de entrega:** El plazo de entrega de los equipos solicitado en la presente contratación será de quince (15) días calendarios, computable a partir del día siguiente de la suscripción de la Orden de Compra.

**Lugar de Entrega:** Los bienes requerido, deberá ser entregado en el Hospital de Norte en coordinación con el responsable de almacenes de la Secretaria de Salud, el costo que conlleve el transporte deberá ser asumido en su totalidad por el proveedor

**Forma de pago:** Posterior a la entrega de los bienes y la emisión de la conformidad por parte de la comisión o responsable de recepción, se procederá con el pago al proveedor mediante cheque.

**Garantía Comercial:** Por un periodo de 12 meses por defectos de fabricación, la misma entrara en vigencia al momento de realizar la puesta en marcha y pruebas de funcionamiento con el personal tanto medico como técnico de la unidad solicitante.

**Garantía de funcionamiento:** Se solicita la garantía de funcionamiento de Maquinaria y/o equipo del uno punto cinco por ciento (1,5) del monto del contrato. Por solicitud del proveedor, el contratante podrá efectuar una retención del monto equivalente a la garantía solicitada, por el tiempo que dure la garantía de los bienes ofertados. La misma

deberá presentarse al momento de realizar la puesta en marcha de los bienes y una vez realizadas las pruebas de funcionamiento con el personal tanto medico como técnico de la unidad solicitante.

**Pago de Impuestos:**

Correrá por cuenta de su Empresa el pago de todos los impuestos vigentes, una vez entregado el (los) bien(es) o efectuado el cobro total o parcial, para tal efecto, la Factura o documento equivalente deberá emitirse a nombre del Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba con número de NIT 1021389025, en el caso de que el proveedor no emita factura, se procederá a la retención de los impuestos de ley.

**CDE/B/2021-010**

**C. DOCUMENTOS QUE INTEGRAN LA ORDEN DE COMPRA**

Para cumplimiento de la presente Orden de Compra, forman parte del mismo los siguientes documentos:

<input type="checkbox"/> Documento Base de Contratación (DBC), cuando corresponda.	<input checked="" type="checkbox"/> Propuesta Adjudicada
<input checked="" type="checkbox"/> Nota o Resolución Administrativa de Adjudicación.	<input checked="" type="checkbox"/> Especificaciones Técnicas
<input type="checkbox"/> Poder del Representante Legal, cuando corresponda.	<input checked="" type="checkbox"/> Garantías, cuando corresponda.
<input checked="" type="checkbox"/> Otros:	RUPE - CERTIFICADOS DE NO ADEUDOS A LAS AFP - INF. DE EVALUACION Y OTROS DOC. ADMINISTRATIVOS.

**D. CONSENTIMIENTO**

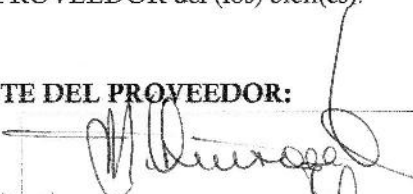
En señal de conformidad y para su fiel y estricto cumplimiento, suscribimos la presente Orden de Compra en cuatro (4) ejemplares de un mismo tenor y validez, la autoridad delegada por el Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba y el representante del PROVEEDOR del (los) bien(es):

**ELABORADO POR:**

  
Abg. Víctor Ariel Veneros Gomez  
PROFESIONAL SECRETARIA DE SALUD

**REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR:**

Firma:

  
Teresa Maurel  
28710246922  
C/29/03/21

Nombre Completo:

Cedula de Identidad:

Lugar y Fecha:

**REPRESENTANTE DEL GAMC:**

  
C.F. 3535575 cr.  
Dra. Giovana L. Colodro Navarro  
SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SECRETARIA DE SALUD  
Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba