MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL	**ORDEN DE COMPRA DE BIENES/SERVICIOS N°**	01…/2023

Nivel de Entidad:	12- PODER EJECUTIVO			**Fecha de Emisión:**	03/08 / 2023
Entidad:	08 - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL				
Unidad Compradora (Código SICP)	1430 - IV REGION SANITARIA GUAIRA				
ID del Llamado:	423.300	**Tipo de Procedimiento:**		LICITACION POR CONCURSO DE OFERTAS	
Descripción del Llamado: ADQUISICION DE ALIMENTOS PARA PERSONAL DE GUARDIA Y PACIENTES DE LA IV REGION SANITARIA GUAIRA – PLURIANUAL					
Proveedor:	GRUPO BRIO S.A.			**RUC:**	80105432-0

La presente orden tiene por objeto la entrega de los bienes que se detallan a continuación así como los precios unitarios y totales:

N° ORDEN	N° de ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES	UNIDAD DE MEDIDA	MARCA	PROCEDENCIA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	MONTO
1	5	Fideo Moñito	Kilogramos	NORTE	Nacional	55	9.800	539.000
2	7	Poroto San Francisco	Kilogramos	DELICE	Nacional	68	12.600	856.800
						TOTAL		**1.395.800**

Son Guaraníes: UN MILLON TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS

VIGENCIA DE LA ORDEN DE COMPRA	Desde: 04 / 08 / 2023	Hasta: 10 / 08 / 2023

PLAZO DE ENTREGA Y/O CUMPLIMIENTO : 5 (cinco) días hábiles contados desde el día siguiente de la recepción por parte del proveedor.

LUGAR DE ENTREGA:Sección de Suministros de la IV Región Sanitaria Guairá, Sito en Avda. España y Spezinni - Villarrica

La Contratante se compromete a pagar al Proveedor como contrapartida del suministro de los bienes y servicios y la subsanación de sus defectos, el precio la Orden de Compra o las sumas que resulten pagaderas de conformidad con lo dispuesto en el Pliego de Bases y Condiciones; y sus Anexos.

Anticipo:	*No*	**Porcentaje:**	No Aplica.

La administración del contrato estará a cargo de: Departamento Administrativo de la IV Región Sanitaria Guairá

LÍNEA PRESUPUESTARIA:

Año	Tipo	Programa	S. Prog.	Proyecto	S.G.O.G	F.F.	O.F.	Dpto.	Monto
2023	2	2	0	4	311	10	1	4	1.395.800
						Total:			**1.395.800**

GRUPO BRIO S.A. RUC: 80105432-0	04-08-23		Dr. Ronald Vázquez Duarte Director Regional IV Región Sanitaria
Firma, aclaración, sello		*Jefe Dpto. Administrativo*	*Director Regional*
FIRMA PROVEEDOR	FECHA DE RECEPCIÓN DEL PROVEEDOR	FIRMA POR LA ENTIDAD	

Obs. 1. Todos los cuadros del presente documento, a los efectos de su validez, deben ser debidamente llenados y firmados, según corresponda.