

**HOSPITAL**  
NACIONAL DE NIÑOS  
**BENJAMIN BLOOM**



**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS "BENJAMIN BLOOM" SAN SALVADOR**

**ORDEN DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS**

**UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL (UACI)**

Lugar y fecha:	San Salvador, 18 de Agosto de 2021	N° ORDEN: <b>871</b>
----------------	------------------------------------	----------------------

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:	NIT y/o NCR:
---	--------------

**METZGER INDUSTRIAL SUPPLIES, S.A DE C.V (2270-3815---2270-3817)**

CANTIDAD	U. M.	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO (US\$)	VALOR TOTAL (US\$)
104	C/U	Pares de Zapatos para mujeres para ayudante de enfermería. Solic: 759/2021 Cotiz 2 C- 787 Marca: Terrano Modelo: 9204 (Color Negro) Origen: Colombia Uso: Ayudantes de Enfermería, Tecnicos de Arsenal Datos del Administrador de la Orden de Compra: Licda. Claudia Felicita Carpio de Maldonado Telefono: 2133-3213 Correo: claudia.carpio@salud.gob.sv	\$ 33.90	\$ 3,525.60
6	C/U	Pares de Zapatos para hombres para Tecnicos de Arsenal. Solic: 759/2021 Cotiz 2 C- 787 Marca: Terrano Modelo: 9201 (Color Negro) Origen: Colombia Uso: Ayudantes de Enfermería, Tecnicos de Arsenal Datos del Administrador de la Orden de Compra: Licda. Claudia Felicita Carpio de Maldonado Telefono: 2133-3213 Correo: claudia.carpio@salud.gob.sv	\$ 36.25	\$ 217.50
9	C/U	Bota de Proteccion con cubo de composite, suela antideslizante, resistente al desgaste, acolchonado en el tobillo, dielectrica. Solic: 595/2021 Cotiz 1 C- 786 Marca: Terrano Modelo: 4901 Origen: Colombia Uso: Personal del Area de Transporte Datos del Administrador de la Orden de Compra: Sr. Rigoberto Mancia Telefono: 2133-3145 Correo: rigoberto.mancia@salud.gob.sv	\$ 31.00	\$ 279.00

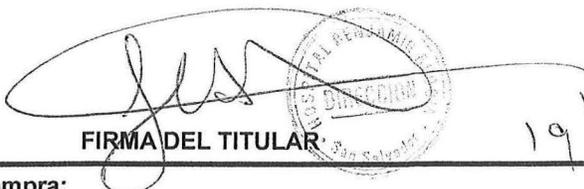
M.H

**TOTAL US \$:**

**\$ 4,022.10**

**CUATRO MIL VEINTIDOS DOLARES CON 10/100 CENTAVOS**

19 Agosto 2021

OBSERVACIONES:	Según cada Item	
LUGAR DE ENTREGA:	Almacen de Insumos Diversos	
TIEMPO DE ENTREGA:	75 días calendario despues de recibida la orden de compra y contar con las tallas	
CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1		
 FIRMA DEL TITULAR <span style="float: right; margin-right: 50px;">19/8/2021</span>		
Datos del Administrador de la Orden de Compra:		
NOMBRE: _____		
TELEFONO _____ CORREO: _____		
<b>NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:</b> 1. Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta. 2. Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS. 3. Favor mencionar el número de la Orden de compra <b>EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA</b>		
ORIGINAL: SUMINISTRANTE COPIA: ALMACEN COPIA: UNIDAD FINANCIERA COPIA: U.A.C.I.	 FIRMA PROVEEDOR	 SELLO PROVEEDOR