

**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, 10 de Septiembre de 2021 | N° ORDEN: | <b>905</b> |
|----------------|--|-----------|------------|

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

Reposición por Error en Nombre de Empresa

GRUPO ASESOR DE SEGURIDAD INTEGRAL, S.A. DE C.V. (2219-6505)

| CANTIDAD | U. M. | DESCRIPCIÓN  | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) |
|----------|-------|--|------------------------|--------------------|
| 12       | C/U   | PARES DE ZAPATOS PARA SEÑORAS CON COLOR NEGRO CON SUELA DE CUÑA DE 4 CMS. ANTIDESLIZANTE, COCIDOS, CERRADOS PARA USO DEL PERSONAL DURANTE EL AÑO 2021<br><br>Marca: TAGAT<br>Garantía: 30 días por defectos de fabricación<br><br>C- 795 | \$ 32.85               | \$ 394.20          |

Solic: 592/2021  
Cotiz 2  
W.P

**TOTAL US \$:** \$ 394.20

TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO DOLARES CON 20/100 CENTAVOS

|                    |   |
|--------------------|---|
| OBSERVACIONES:     | Personal de Alimentación y Dietas Femenino durante el año 2021  |
| LUGAR DE ENTREGA:  | Almacen de Insumos Diversos   |
| TIEMPO DE ENTREGA: | 5 días despues se presentaran una serie de tallas existentes para que el personal pueda tallarse a la medida. Una vez obtenido el listado consolidado la entrega del pedido total se realizará 15 días hábiles despues. |

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-1

*[Firma manuscrita]*  
FIRMA DEL TITULAR



12/9/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

NOMBRE: Licda. Clarissa Eugenia Moran Argueta  
TELEFONO: 2133-3119 Ext. 1029      CORREO: [clarisa.moran@salud.gob.sv](mailto:clarisa.moran@salud.gob.sv)

NOTA: Sr. Proveedor, al recibir esta ORDEN DE COMPRA se requiere el cumplimiento de lo siguiente:

- Cumplimiento de acuerdo al tiempo establecido en la oferta.
- Para efectos de cancelación, facturar este pedido en DUPLICADO CLIENTE Y CUATRO COPIAS.
- Favor mencionar el número de la Orden de compra

**EL INCUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA OBLIGA AL HOSPITAL A ANULAR ESTA ORDEN DE COMPRA**

|  |  |                     |
|--|--|---------------------|
| ORIGINAL: SUMINISTRANTE<br>COPIA: ALMACEN<br>COPIA: UNIDAD FINANCIERA<br><br>COPIA: U.A.C.I. | <i>[Firma manuscrita]</i><br>FIRMA PROVEEDOR | <br>SELLO PROVEEDOR |
|--|--|---------------------|

W.P  
16 Sept. 21