

**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, 05 de Octubre de 2021 **N° ORDEN: RP-83**

NOMBRE DE PERSONA NATURAL O JURIDICA SUMINISTRANTE:

NIT y/o NCR:

LA CONSTANCIA, LTDA. DE C.V. (2209 7555)

| CANTIDAD | U. M.    | DESCRIPCIÓN   | PRECIO UNITARIO (US\$) | VALOR TOTAL (US\$) |
|----------|----------|---|------------------------|--------------------|
| 8        | GARRA FA | GARRAFONES DE AGUA ENVASADA (MES DE AGOSTO 2021)<br>SOLICITUD N° 1130, 3 FACTURAS, DIRECCION                          | \$ 1.60                | \$ 12.80           |
| 18       | CAJA     | BOTELLAS DE AGUA CRISTALINA 12 ONZAS (MES DE AGOSTO 2021)<br>SOLICITUD N° 1130, 4 FACTURAS, DIRECCION                 | \$ 5.00                | \$ 90.00           |
| 41       | GARRA FA | GARRAFONES DE AGUA ENVASADA (MES DE AGOSTO 2021)<br>SOLICITUD N°1131 , 12 FACTURAS, SERVICIOS POR CONTRATO            | \$ 1.60                | \$ 65.60           |
| 4        | CAJA     | BOTELLAS DE AGUA CRISTALINA DE UN LITRO (MES DE AGOSTO 2021)<br>SOLICITUD N°1131 , 1 FACTURAS, SERVICIOS POR CONTRATO | \$ 5.50                | \$ 22.00           |
| H.C.     |          | C-1001  |                        |                    |

**TOTAL US \$:**

**\$ 190.40**

**CIENTO NOVENTA DOLARES CON 40/100 CENTAVOS**

|                    |                                     |
|--------------------|-------------------------------------|
| OBSERVACIONES:     | DIRECCION Y SERVICIOS POR CONTRATOS |
| LUGAR DE ENTREGA:  | DIRECCION Y SERVICIOS POR CONTRATOS |
| TIEMPO DE ENTREGA: | INMEDIATA                           |

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 3202-3-0202-21-2

  
**FIRMA DEL TITULAR**

6/10/2021

Datos del Administrador de la Orden de Compra:

**NOMBRE: DR. ANGEL ERNESTO ALVARDO RODRIGUEZ**

**TELEFONO** 2132-3222 **CORREO:** [angel.direccion@hospitalbloom.gob.sv](mailto:angel.direccion@hospitalbloom.gob.sv)

**NOMBRE: DRA. GLORIA ANGELICA MORENO ROLDAN**

**TELEFONO** 2132-6804 **CORREO:** [servicios\\_contratos@hospitalbloom.gob.sv](mailto:servicios_contratos@hospitalbloom.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><b>FIRMA PROVEEDOR</b> | <b>SELLO PROVEEDOR</b> |
| COPIA: ALMACEN           |  |                        |
| COPIA: UNIDAD FINANCIERA |  |                        |
| COPIA: U.A.C.I.          |  |                        |