

Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar

ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMRA-2019-00471**

Descripción: **LIPIDOS**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Sean Dominican, SRL**

RNC: **130468516**

Nombre Comercial: **Sean Dominican, SRL**

Domicilio Comercial: **12, 11518 -, REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-788-0723**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

Plazo de pago con recepción conforme: **90 días**

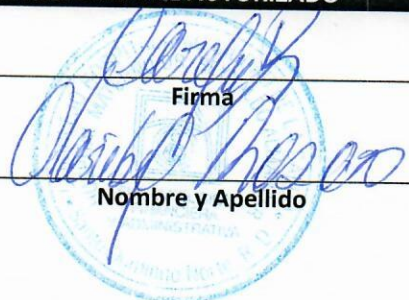
Monto Total: **495,300.00**

Moneda: **DOP**

Detalle

Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit s/ITBIS	Imp Moneda Orig s/ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
------	--------	-------------	----------	--------	------------------------	----------------------------------	----------------	-------------------------	--------------------------------------	--------------------------

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


Firma
Nombre y Apellido


Firma
Nombre y Apellido

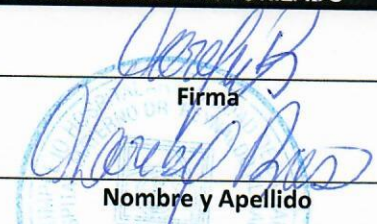
Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit s/ITBIS	Imp Moneda Orig s/ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1	51111502	AMINOACIDOS 10 % 500 ML	60.000000	UD	2500.000000	150000.000000		0.000000	0.000000	150000.000000
2	51111502	GELAFUNDIN 500ML	60.000000	UD	2600.000000	156000.000000		0.000000	0.000000	156000.000000
3	51111502	HEPARINA SODICA 25,000	30.000000	UD	500.000000	15000.000000		0.000000	0.000000	15000.000000
4	51111502	LEVOFLOXACINA 500MG/100 ML	200.000000	UD	450.000000	90000.000000		0.000000	0.000000	90000.000000
5	51111502	LIPIDOS 20% LIPOFUNDIN	6.000000	UD	2800.000000	16800.000000		0.000000	0.000000	16800.000000
6	51111502	PROPOFOL 10 MG /ML	300.000000	UD	225.000000	67500.000000		0.000000	0.000000	67500.000000

Subtotal RD\$	495,300.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	495,300.00

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
4	LEVOFLOXACINA 500MG/100 ML	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	200.00	31/10/2019 03:00:00 p.m.
5	LIPIDOS 20% LIPOFUNDIN	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	6.00	31/10/2019 03:00:00 p.m.
6	PROPOFOL 10 MG /ML	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	300.00	31/10/2019 03:00:00 p.m.
1	AMINOACIDOS 10 % 500 ML	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	60.00	31/10/2019 03:00:00 p.m.
2	GELAFUNDIN 500ML	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	60.00	31/10/2019 03:00:00 p.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


Firma
Nombre y Apellido


Firma
Nombre y Apellido

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	HEPARINA SODICA 25,000	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	30.00	31/10/2019 03:00:00 p.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


Firma

Nombre y Apellido


Firma

Nombre y Apellido