

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMRA-2019-00469**

Descripción: **LEVETIRACETAM**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Ramisol, SRL**

RNC: **131687202**

Nombre Comercial: **Ramisol, SRL**

Domicilio Comercial: **Caña Dulce, 10100 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-257-1749**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto Total: **1,071,000.00**

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	5115191 3	LEVETIRACE TAM 500MG/5ML AMPOLLAS	5.000000	UD	22200.0 00000	111000.00 0000		0.000000	0.000000	111000.000000
1	4112200 2	SABANITAS DESECHABLES MOVIBLES 58X90 CM	12000.000 000	UD	80.0000 00	960000.00 0000		0.000000	0.000000	960000.000000

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>1,071,000.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>1,071,000.00</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
1	SABANITAS DESECHABLES MOVIBLES 58X90 CM	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	12,000.00	31/10/2019 12:00:00 p.m.
1	LEVETIRACETAM 500MG/5ML AMPOLLAS	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	5.00	31/10/2019 12:00:00 p.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma  
Nombre y Apellido

  
Firma  
Nombre y Apellido