

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMRA-2020-00105**

Descripción: **PARACETAMOL**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Pharmaceutical Technology, S.A**

RNC: **101613882**

Nombre Comercial: **Pharmaceutical Technology, S.A**

Domicilio Comercial: **Desiderio Valverde, 10100 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-620-8000**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **354,000.00**

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	5114240 5	PARACETAM OL 10 MG / 100 ML IM I.V.	1,000.00	UD	330.00	330,000.00		0.00	0.00	330,000.00
2	5114240 5	BRÓMURO DE IPATROPIUM + SALBUTAMOL VIAL	400.00	UD	60.00	24,000.00		0.00	0.00	24,000.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>354,000.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>354,000.00</b>

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma  
  
Nombre y Apellido

  
Firma  
  
Nombre y Apellido