

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMRA-2020-00182**

Descripción: **GELAFUSINE**

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: **1,086,000.00**

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	5111150 2	GELAFUSINE 500 ML	60.00	UD	3,600.00	216,000.00		0.00	0.00	216,000.00
2	5111150 2	HIDROCORTI ZONA 100MG	3,000.00	UD	250.00	750,000.00		0.00	0.00	750,000.00
3	5111150 2	PROPOFOL 10ML	400.00	UD	300.00	120,000.00		0.00	0.00	120,000.00

Subtotal RD\$	1,086,000.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>1,086,000.00</b>

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	PROPOFOL 10ML	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	400.00	31/3/2020 12:00:00 a.m.
2	HIDROCORTIZONA 100MG	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	3,000.00	31/3/2020 12:00:00 a.m.
1	GELAFUSINE 500 ML	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	60.00	31/3/2020 12:00:00 a.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma  
Nombre y Apellido

  
Firma  
Nombre y Apellido