

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE COMPRA**

**UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES**

No. Orden: **HMRA-2020-00251**

Descripción: **GUANTES DESECHABLES MEDIUM / SMALL**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Forgosa, SRL**

RNC: **130698287**

Nombre Comercial: **Forgosa, SRL**

Domicilio Comercial: **Agustin Lara, 10149 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-607-6663**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **1,080,000.00**

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

HMRA-DAF-CM-2020-0091

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	4213220 3	GUANTES DESECHABLES SMALL	100,000.0 0	UD	4.00	400,000.00		0.00	0.00	400,000.00
2	4213220 3	GUANTES DESECHABLES MEDIUM	100,000.0 0	UD	6.80	680,000.00		0.00	0.00	680,000.00


<b>Subtotal RD\$</b>	<b>1,080,000.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>1,080,000.00</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

HMRA-DAF-CM-2020-0091