

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMRA-2020-00299**

Descripción: **AVAGARD/ DURAPORE**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Farmaco Quimica Nacional, SA (FARMACONAL)**

RNC: **101040302**

Nombre Comercial: **Farmaco Quimica Nacional, SA (FARMACONAL)**

Domicilio Comercial: **Jose Andres Aybar Castellanos , 10107 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-539-5545**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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



Monto Total: **58,300.06**

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-2020-0111

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
5	4112200 2	ESPIROMETR O	20.00	UD	495.00	9,900.00		0.00	0.00	9,900.00
6	4112200 2	MEDIAS ANTIEMBO LICAS MEDIUM /REGULAR	50.00	UD	820.34	41,017.00		7,383.06	0.00	48,400.06

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>50,917.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	7,383.06
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>58,300.06</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
6	MEDIAS ANTIEMBO LICAS MEDIUM /REGULAR	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	50.00	29/5/2020 12:00:00 a.m.
5	ESPIROMETRO	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	20.00	29/5/2020 12:00:00 a.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma  
Nombre y Apellido

  
Firma  
Nombre y Apellido