

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMRA-2020-00289**

Descripción: **GLUTAPAK**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Sued & Fargesa, SRL**

RNC: **101027721**

Nombre Comercial: **Sued & Fargesa, SRL**

Domicilio Comercial: **Máximo Gómez esq. Ramón Santana, 10204 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-682-4344**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto Total: **208,659.87**

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-2020-0118

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	5117160 6	SULFATO DE MAGNESIO AL 10% /10ML I.V AMPOLLAS	6,000.00	UD	28.13	168,780.00		0.00	0.00	168,780.00
2	5117160 6	GLUTAPAK POLVO SOBRE	150.00	UD	225.31	33,796.50		6,083.37	0.00	39,879.87

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>202,576.50</b>
<b>Total Descuentos RD\$</b>	<b>0.00</b>
<b>Total ITBIS RD\$</b>	<b>6,083.37</b>
<b>Total Otros Impuestos RD\$</b>	<b>0.00</b>
<b>Total RD\$</b>	<b>208,659.87</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
2	GLUTAPAK POLVO SOBRE	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	150.00	22/5/2020 11:00:00 a.m.
1	SULFATO DE MAGNESIO AL 10% /10ML I.V AMPOLLAS	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	6,000.00	22/5/2020 11:00:00 a.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma  
  
Nombre y Apellido

  
Firma  
  
Nombre y Apellido

HMRA-DAF-CM-2020-0118