

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMRA-2020-00381**

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: **Transferencia**

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


Monto Total: **355,920.00**

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-2020-0141

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	51142405	PARACETAMOL 10MG/100 ML I.V. FRASCO	1,000.00	UD	330.00	330,000.00		0.00	0.00	330,000.00
2	51142405	BROMURO DE IPATROPIUM + SALBUTAMOL VIAL	40.00	UD	648.00	25,920.00		0.00	0.00	25,920.00

Subtotal RD\$	355,920.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>355,920.00</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
2	BROMURO DE IPATROPIUM + SALBUTAMOL VIAL	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	40.00	9/7/2020 12:00:00 a.m.
1	PARACETAMOL 10MG/100 ML I.V. FRASCO	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	1,000.00	9/7/2020 12:00:00 a.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma  
  
Nombre y Apellido

  
Firma  
  
Nombre y Apellido

HMRA-DAF-CM-2020-0141