

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE COMPRA**

**UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES**

No. Orden: **HMRA-2020-00422**

Descripción: **MEDICAMENTOS / TABLETAS/ AMPOLLAS**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Leterago, SRL**

RNC: **101013575**

Nombre Comercial: **Leterago, SRL**

Domicilio Comercial: **Cesar Nicolas Penson, 10204 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-689-7530**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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


Monto Total: **19,310.00**

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
14	5111150 2	PROPINOX CLORHIDRATO 10 MG AMPOLLAS	35.00	UD	400.00	14,000.00		0.00	0.00	14,000.00
15	5111150 2	PROPINOX CLORHIDRATO 15 MG + LISINA 100 MG AMPOLLAS	10.00	UD	531.00	5,310.00		0.00	0.00	5,310.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>19,310.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>19,310.00</b>

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
15	PROPINOX CLORHIDRATO 15 MG + LISINA 100 MG AMPOLLAS	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	10.00	20/7/2020 12:00:00 a.m.
14	PROPINOX CLORHIDRATO 10 MG AMPOLLAS	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	35.00	20/7/2020 12:00:00 a.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma  
Nombre y Apellido

Firma  
Nombre y Apellido