

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMRA-2020-00498**

Descripción: **AMPOLLAS / TABLETAS MEDICAMENTOS**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Jocace, SA**

RNC: **101567201**

Nombre Comercial: **Jocace, SA**

Domicilio Comercial: **Sol Poniente, 10509 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-472-1431**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto Total: **156,000.00**

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

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
8	5113150 3	INMUNOGLO BULINA HUMANA ANTI- D FACTOR RH	30.00	UD	5,200.00	156,000.00		0.00	0.00	156,000.00

Subtotal RD\$	156,000.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>156,000.00</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
8	INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-D FACTOR RH	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	30.00	26/8/2020 12:00:00 a.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma  
Nombre y Apellido

  
Firma  
Nombre y Apellido