

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMRA-2020-00609**

Descripción: **ANTIBIOTICOS I.V.**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Hospifar, SRL**

RNC: **101625589**

Nombre Comercial: **Hospifar, SRL**

Domicilio Comercial: **Paya, 10100 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-533-1084**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto Total: **82,000.00**

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  
SUB-DIRECCION  
FINANCIERA  
Y ADMINISTRATIVA  
Nombre y Apellido

  
Firma  
DIRECCION  
Nombre y Apellido  
Santo Domingo Norte, R.D.

HMRA-DAF-CM-2020-0199

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	51101586	AMIKACINA 500 MG I.V. AMPOLLAS	500.00	UD	104.00	52,000.00		0.00	0.00	52,000.00
3	51101586	CLINDAMICIN A 600MG / 4 ML I.V. AMPOLLAS	300.00	UD	100.00	30,000.00		0.00	0.00	30,000.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>82,000.00</b>
<b>Total Descuentos RD\$</b>	0.00
<b>Total ITBIS RD\$</b>	0.00
<b>Total Otros Impuestos RD\$</b>	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>82,000.00</b>

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	CLINDAMICINA 600MG / 4 ML I.V. AMPOLLAS	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	300.00	7/10/2020 12:00:00 a.m.
1	AMIKACINA 500 MG I.V. AMPOLLAS	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	500.00	7/10/2020 12:00:00 a.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma  
Nombre y Apellido

  
Firma  
Nombre y Apellido

HMRA-DAF-CM-2020-0199