

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMRA-2020-00604**

Descripción: **SONDA / AMBU/ PERA NASAL**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Grupo Farmacéutico Car-M, SRL (GRUFACARM)**

RNC: **130186121**

Nombre Comercial: **Grupo Farmacéutico Car-M, SRL (GRUFACARM)**

Domicilio Comercial: **Paseos de los Periodistas, Edif. El paseo, 10203 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-728-2224**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto Total: **47,824.00**

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-2020-0207

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
2	4112200 1	SONDA FOLEY No.14 2 VIAS	600.00	UD	28.00	16,800.00		3,024.00	0.00	19,824.00
9	4112200 1	VASO HUMIDIFICADO R DE OXIGENO	200.00	UD	140.00	28,000.00		0.00	0.00	28,000.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>44,800.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	3,024.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>47,824.00</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
9	VASO HUMIDIFICADOR DE OXIGENO	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	200.00	5/10/2020 12:00:00 a.m.
2	SONDA FOLEY No.14 2 VIAS	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	600.00	5/10/2020 12:00:00 a.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma  
Nombre y Apellido

  
Firma  
Nombre y Apellido

HMRA-DAF-CM-2020-0207