

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE COMPRA**

**UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES**

No. Orden: **HMRA-2020-00659**

Descripción: **COMPRA DE REACTIVOS BANCO DE SANGRE**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Bio Nova, SRL**

RNC: **131354238**

Nombre Comercial: **Bio Nova, SRL**

Domicilio Comercial: **Santiago, 10204 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-221-0013**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **162,450.00**

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
1	4112200 2	ALBUMINA AL 22% (FRASCO)	20.00	UD	550.00	11,000.00		0.00	0.00	11,000.00
2	4112200 2	ANTI A,B (FRASCO)	20.00	UD	240.00	4,800.00		0.00	0.00	4,800.00
3	4112200 2	ANTI B (FRASCO)	20.00	UD	325.00	6,500.00		0.00	0.00	6,500.00
4	4112200 2	ANTI D	40.00	UD	480.00	19,200.00		0.00	0.00	19,200.00
5	4112200 2	HTLV-I Y II ELISA	2.00	UD	12,500.00	25,000.00		0.00	0.00	25,000.00
6	4112200 2	BOLSA DE SANGRE 500ML (CAJA/50)	300.00	UD	175.00	52,500.00		9,450.00	0.00	61,950.00
7	4112200 2	HIV ELISA 96P	4.00	UD	8,500.00	34,000.00		0.00	0.00	34,000.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>153,000.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	9,450.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>162,450.00</b>

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma  
Nombre y Apellido

  
Firma  
Nombre y Apellido