

Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar

ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: HMRA-2020-00703

Descripción: MALEATO

Modalidad de Compras: Compras Menores

Datos del Proveedor

Razón social: Sean Dominican, SRL

RNC: 130468516

Nombre Comercial: Sean Dominican, SRL

Domicilio Comercial: 12, 11518 - , REPÚBLICA DOMINICANA

Teléfono: 809-788-0723

Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0%

Forma de pago: Transferencia

Plazo de pago con recepción conforme: 90 días

Monto Total: 1,100,000.00

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

HMRA-DAF-CM-2020-0235

| Ítem | 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 | 5111150 2 | MALEATO DE ERGONOVINA 0.2/ 1 ML | 4,000.00 | UD | 275.00 | 1,100,000. 00 | | 0.00 | 0.00 | 1,100,000.00 |

| | |
|----------------------------|--------------|
| Subtotal RD\$ | 1,100,000.00 |
| Total Descuentos RD\$ | 0.00 |
| Total ITBIS RD\$ | 0.00 |
| Total Otros Impuestos RD\$ | 0.00 |
| Total RD\$ | 1,100,000.00 |

Observaciones:

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


Firma
Nombre y Apellido


Firma
Nombre y Apellido

HMRA-DAF-CM-2020-0235