

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMRA-2020-00841**

Descripción: **HILOS CROMICO**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Medi-Sol, SRL**

RNC: **122023224**

Nombre Comercial: **Medi-Sol, SRL**

Domicilio Comercial: **Aristides García Gómez, 10100 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-537-4166**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **344,376.00**

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-2020-0250

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	4231220 1	HILO CROMICO 0 REF 812	2,400.00	UD	118.75	285,000.00		0.00	0.00	285,000.00
3	4231220 1	HILO CROMICO 2-0 REF 811	600.00	UD	98.96	59,376.00		0.00	0.00	59,376.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>344,376.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>344,376.00</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

HMRA-DAF-CM-2020-0250