

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMRA-2021-00250**

Descripción: **GUANTES ESTERIL**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Grupo Z Healthcare Products Dominicana, SRL**

RNC: **130936536**

Nombre Comercial: **Grupo Z Healthcare Products Dominicana, SRL**

Domicilio Comercial: **Primera, Invi Cea, 11807 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-638-8760**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **39,600.80**

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-2021-0064


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	4213220 5	GUANTES ESTERIL No. 6 1/2 pares	2,000.00	PAQ	16.78	33,560.00		6,040.80	0.00	39,600.80


<b>Subtotal RD\$</b>	<b>33,560.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	6,040.80
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>39,600.80</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-2021-0064