

**Hospital Materno Dr. Reynaldo Almanzar**

**ORDEN DE SERVICIOS**

**UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES**

No. Orden: **HMRA-2021-00321**

Descripción: **FUMIGACION**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Fumigadora Isabel Vallejo, SRL**

RNC: **131072445**

Nombre Comercial: **Fumigadora Isabel Vallejo, SRL**

Domicilio Comercial: **Marañon Sur, 11201 -, REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-930-4098**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

Plazo de pago con recepción conforme: **120 días**


Monto Total: **1,073,800.00**

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	70141601	FUMIGACION GENERAL EXCEPTO AREAS CERRADAS (AMBULANCIA, BLOQUE QUIRURGICO, UCI, HOSPITALIZACION 3ER Y 4TO PISO, EMERGENCIA, NEONATOLOGIA Y CONTROL DE VECTORES EN ARIAS CLINICAS)	7.00	UD	130,000.00	910,000.00		163,800.00	0.00	1,073,800.00

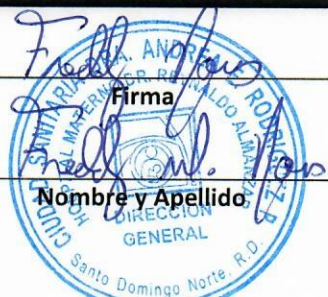
Subtotal RD\$	910,000.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	163,800.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>1,073,800.00</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
1	FUMIGACION GENERAL EXCEPTO AREAS CERRADAS (AMBULANCIA, BLOQUE QUIRURGICO, UCI, HOSPITALIZACION 3ER Y 4TO PISO, EMERGENCIA, NEONATOLOGIA Y CONTROL DE	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	7.00	30/4/2021 11:00:00 a.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma  
Nombre y Apellido



  
Firma  
Nombre y Apellido



Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	VECTORES EN ARIAS CLINICAS)			

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma  
  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma  
  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido

