

No. EXPEDIENTE

HMRA-UC-CD-2022-0074

Fecha de emisión: 31/1/2022

Hospital Materno Dr. Revnaldo Almanzar
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMRA-2022-00099**

Descripción: **ATROPINA SULFATO, DICLOFENAC, GENTAMICINA, RANITIDINA**

Modalidad de compras: **Compras por Debajo del Umbral**

Datos del Proveedor

Razón social: **Distribuidora Farmacéutica ABC, SRL**

RNC: **101591341**

Nombre comercial: **Distribuidora Farmacéutica ABC, SRL**

Domicilio comercial: **Luis Pérez García, 10516 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-620-3212**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto total: **116,462.20**

Moneda: **DOP**

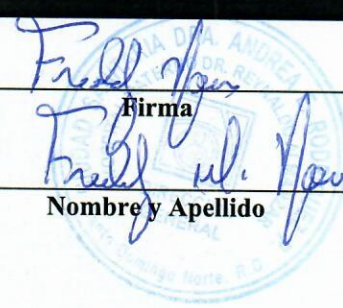
Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


Firma


Nombre y Apellido


Firma


Nombre y Apellido

HMRA-UC-CD-2022-0074



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	5115161 6	APROPINA SULFATO 1MG/ 1ML I.V (AMPOLLAS)	160.00	UD	30.77	4,923.20		0.00	0.00	4,923.20
2	5114210 4	DICLOFENAC 75 MG /1ML I.V	6,000.00	UD	10.00	60,000.00		0.00	0.00	60,000.00
3	5110158 4	GENTAMICIN A 0.3% SOLUCION OFTALMICA (FRASCOS)	100.00	UD	361.54	36,154.00		0.00	0.00	36,154.00
4	5117190 4	RANITIDINA 50MG /2ML I.V	500.00	UD	30.77	15,385.00		0.00	0.00	15,385.00

Subtotal RD\$	116,462.20
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	116,462.20

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
4	RANITIDINA 50MG /2ML I.V	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	500.00	2/2/2022 10:00:00 a.m.
2	DICLOFENAC 75 MG /1ML I.V	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	6,000.00	2/2/2022 10:00:00 a.m.
1	APROPINA SULFATO 1MG/	konrra adenauer,prolongacion charle de gaulle DO	100.00	2/2/2022 10:00:00 a.m.


FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO



Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	IML I.V (AMPOLLAS)			

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


 Firma
 Nombre y Apellido


 Firma
 Nombre y Apellido