



Cantidad	Unidad	DESCRIPCION	USO	FECHA
----------	--------	-------------	-----	-------

100	PAQUETE/100	TUBO VAUETTE CON GEL ACTIVAROL 5-7ML ROJO/AMARILLO	LABORATORIO CLINICO Y	
-----	-------------	--	-----------------------	--

75	PAQUETE/100	TUBO VAUETTE SIN GEL ACTIVAROL 5-7ML ROJO/AMARILLO	BANCO DE SANGRE	
----	-------------	--	-----------------	--

100	PAQUETE/100	TUBO VAUETTE TAPA MORADA/LILA 2ML		
-----	-------------	-----------------------------------	--	--

50	PAQUETE/100	TUBO VAUETTE AZUL AL VASIO LA 5-7ML		
----	-------------	-------------------------------------	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

REVISADO
SEGUNDA COPIA SOLICITANTE
ALMACEN DE FARMACIA
HOSPITAL TRAUMATOLOGICO "DR. NEY ARIAS LORA"
FECHA



LABORATORIO CLINICO

AUTORIZADO POR

ENTREGADO POR



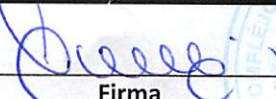
Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit s/ITBIS	Imp Moneda Orig s/ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
3	41104107	TUBOS VACUETTE TAPA MORADAS 2ML	10,000.00	UD	6.40	64,000.00		0.00	0.00	64,000.00

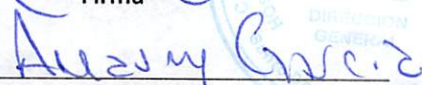
Subtotal RD\$	206,500.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	206,500.00

Observaciones:

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

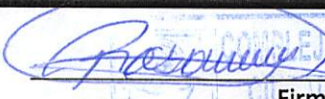
FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

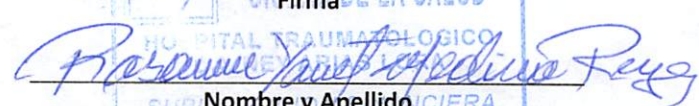


 Firma


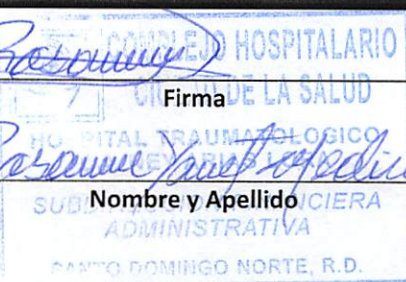
 Nombre y Apellido

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2018-0042



 Firma


 Nombre y Apellido



No. EXPEDIENTE
HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2018-0042

Fecha de emisión: 19/03/2018

HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. NEY ARIAS LORA

ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: HOSPNEYARIAS-2018-00338

Descripción: TUBOS DE MUESTRA

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Hospifar, SRL**

RNC: **101625589**

Nombre Comercial: **Hospifar, SRL**

Domicilio Comercial: **Paya, 10100 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-533-1084**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Modalidad de pago: **Crédito**

Monto Total: **206,500.00**

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
1	41104107	TUBO VACUETTE CON GEL ACTIVADOR 5-7	10,000.00	UD	9.00	90,000.00		0.00	0.00	90,000.00
2	41104107	TUBOS VACUETTE SIN GEL 5-7	7,500.00	UD	7.00	52,500.00		0.00	0.00	52,500.00

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

[Handwritten Signature]
Firma

[Handwritten Name]
Nombre y Apellido

[Handwritten Signature]
Firma

[Handwritten Name]
Nombre y Apellido

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2018-0042

COMPLEJO HOSPITALARIO
HOSPITAL TRAUMATOLOGICO
DR. NEY ARIAS LORA
SUBDIRECCION FINANCIERA
ADMINISTRATIVA
SANTO DOMINGO NORTE, R.D.