

No. EXPEDIENTE

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2021-0419

Fecha de emisión: 22/10/2021

HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. NEY ARIAS LORA
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HOSPNEYARIAS-2021-00872**

Descripción: **DRENAJE HEMOVAC**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Hosmed Sistemas Tecnológicos Médicos, SRL**

RNC: **131608779**

Nombre comercial: **Hosmed Sistemas Tecnológicos Médicos, SRL**

Domicilio comercial: **Cub Scouts, 10100 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **849-293-2022**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

Plazo de pago con recepción conforme: **60 días**

Monto total: **584,949.60**

Moneda: **DOP**

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2021-0419

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	42311903	Drenaje Hemovac 400cc #12	100.00	UD	1,377.00	137,700.00		24,786.00	0.00	162,486.00
	42311903	Drenaje Hemovac 400cc #18	100.00	UD	1,377.00	137,700.00		24,786.00	0.00	162,486.00
3	42311903	Drenaje Hemovac 600cc #12	60.00	UD	1,377.00	82,620.00		14,871.60	0.00	97,491.60
4	42311903	Drenaje Hemovac 600cc #13	100.00	UD	1,377.00	137,700.00		24,786.00	0.00	162,486.00

Subtotal RDS	495,720.00
Total Descuentos RDS	0.00
Total ITBIS RDS	89,229.60
Total Otros Impuestos RDS	0.00
Total RDS	584,949.60

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	Drenaje Hemovac 600cc #12	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	60.00	25/10/2021 9:00:00 a.m.
4	Drenaje Hemovac 600cc #13	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	100.00	25/10/2021 9:00:00 a.m.
1	Drenaje Hemovac 400cc #12	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	100.00	25/10/2021 9:00:00 a.m.
	Drenaje Hemovac 400cc #18	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	100.00	25/10/2021 9:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2021-0419