

No. EXPEDIENTE

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2022-0272

Fecha de emisión: 8/6/2022

HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. NEY ARIAS LORA

ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HOSPNEYARIAS-2022-00548**

Descripción: **REACTIVOS PARA EQUIPO TOSOH**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Cruz-Ayala, SRL**

RNC: **101140496**

Nombre comercial: **Cruz-Ayala, SRL**

Domicilio comercial: **Eusebio Manzueta , 51000 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-583-1720**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto total: **311,812.51**

Moneda: **DOP**

Detalle

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	41116105	T3 AIA-PACK 100/1	5.00	PAQ	10,513.77	52,568.86		9,462.39	0.00	62,031.25
2	41116105	TSH ST AIA-PACK 100/1 + CALIBRADOR	7.00	PAQ	10,513.77	73,596.40		13,247.35	0.00	86,843.75
3	41116105	PSA ST, AIA PACK 100/1 + CALIBRADOR	6.00	PAQ	18,352.75	110,116.53		19,820.98	0.00	129,937.51
4	41116105	AIA -PACK SUBSTRATE SET II 100/1 800 PBAS APROX	4.00	PAQ	6,991.53	27,966.10		5,033.90	0.00	33,000.00

Subtotal RD\$	264,247.89
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	47,564.62
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	311,812.51

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	PSA ST, AIA PACK 100/1 + CALIBRADOR	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	6.00	8/9/2022 3:40:00 p.m.
4	AIA -PACK SUBSTRATE SET II 100/1 800 PBAS APROX	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	4.00	8/9/2022 3:40:00 p.m.
1	T3 AIA-PACK 100/1	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	5.00	8/9/2022 3:40:00 p.m.
2	TSH ST AIA-PACK 100/1 +	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE	7.00	8/9/2022

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

Plan de entrega				
Item	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad	Fecha
			requerida	necesidad
	CALIBRADOR	OZAMA O METROPOLITANA DO		3:40:00 p.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido