

No. EXPEDIENTE

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2022-0441

Fecha de emisión: 27/9/2022

HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. NEY ARIAS LORA
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HOSPNEYARIAS-2022-00919**

Descripción: **SUTURAS VARIAS**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Sued & Fargesa, SRL**

RNC: **101027721**

Nombre comercial: **Sued & Fargesa, SRL**

Domicilio comercial: **Máximo Gómez esq. Ramón Santana, 10204 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-682-4344**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto total: **241,732.14**

Moneda: **DOP**

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

HOSPITAL TRAUMATOLOGICO
DR. NEY ARIAS LORA
DESPACHO
DEL DIRECTOR

Firma

Nombre y Apellido

SERVICIO REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL TRAUMATOLOGICO
DR. NEY ARIAS LORA
Sub-Dirección
Financiera y
Administrativa

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	42312201	Hilo PDS-II 3-0 monofilamentos c/36	5.00	CAJ	12,600.00	63,000.00		0.00	0.00	63,000.00
2	42312201	Hilo PDS-II 5-0 monofilamentos c/36	3.00	CAJ	30,000.00	90,000.00		0.00	0.00	90,000.00
3	42312201	Hilo PDS-II 6-0 monofilamentos c/36	3.00	CAJ	29,577.38	88,732.14		0.00	0.00	88,732.14

Subtotal RD\$	241,732.14
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	241,732.14

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	Hilo PDS-II 6-0 monofilamentos c/36	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	3.00	27/12/2022 1:00:00 p.m.
2	Hilo PDS-II 5-0 monofilamentos c/36	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	3.00	27/12/2022 1:00:00 p.m.
1	Hilo PDS-II 3-0 monofilamentos c/36	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	5.00	27/12/2022 1:00:00 p.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido