

**No. EXPEDIENTE**  
**HOSPNEYARIAS-UC-CD-2018-0695**

Fecha de emisión: 02/07/2018

**HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. NEY ARIAS LORA**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: HOSPNEYARIAS-2018-00822

Descripción: FILTRO HUMIFICADOR DE OXIGENO ADULTO

Modalidad de Compras: Compras por Debajo del Umbral

**Datos del Proveedor**

Razón social: Val-Kamed Pharma, SRL

RNC: 131049682

Nombre Comercial: Val-Kamed Pharma, SRL

Domicilio Comercial: Luis F. Thomen, 10100 - , REPÚBLICA DOMINICANA

Teléfono: 809-864-3159

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: 0%

Modalidad de pago: Crédito

Monto Total: 84,960.00

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    | 23151806 | FILTRO HUMIFICADOR DE OXIGENO ADULTO | 400.00   | UD     | 180.00              | 72,000.00               |             | 12,960.00         | 0.00                        | 84,960.00             |

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

*[Firma]*  
Firma  
*Auzony*  
Nombre y Apellido



*[Firma]*  
Firma  
*Rosario*  
Nombre y Apellido

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| Subtotal RD\$              | 72,000.00        |
| Total Descuentos RD\$      | 0.00             |
| Total ITBIS RD\$           | 12,960.00        |
| Total Otros Impuestos RD\$ | 0.00             |
| <b>Total RD\$</b>          | <b>84,960.00</b> |

Observaciones:

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

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

*[Handwritten Signature]*  
 Firma  
*[Handwritten Name]*  
 Nombre y Apellido



*[Handwritten Signature]*  
 Firma  
*[Handwritten Name]*  
 Nombre y Apellido



GERENCIAL:  
SOLICITADO POR

FECHA 14-jun-18

| Cantidad | Unidad | DESCRIPCION | USO |
|----------|--------|-------------|-----|
|----------|--------|-------------|-----|

|     |        |   |             |
|-----|--------|---|-------------|
| 400 | UNIDAD | FILTRO HUMIDIFICADOR DE OXIGENO ADULTO HCG DESECHABLE | FARMACIA DE |
|-----|--------|---|-------------|

|  |  |  |                      |
|--|--|--|----------------------|
|  |  |  | HOSPITALIZACION, UCI |
|--|--|--|----------------------|

|  |  |  |                 |
|--|--|--|-----------------|
|  |  |  | EMERGENCIA, UCI |
|--|--|--|-----------------|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |                   |
|--|--|--|-------------------|
|  |  |  | UNIDAD DE CUIDADO |
|--|--|--|-------------------|

|  |  |  |                   |
|--|--|--|-------------------|
|  |  |  | INTENSIVO HAY DOS |
|--|--|--|-------------------|

|  |  |  |                    |
|--|--|--|--------------------|
|  |  |  | TIPO HUMIDIFICADOR |
|--|--|--|--------------------|

|  |  |  |              |
|--|--|--|--------------|
|  |  |  | Y VENTILADOR |
|--|--|--|--------------|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Original Compra

Primera Copia Respuesta  
COMPLEJO HOSPITALARIO DR. NEY ARIAS LORA

Segunda copia Solicitante  
ALMACEN DE FARMACIA

REVISADO  
SOLICITADO POR  
FECHA

AUTORIZADO POR  
Gerencia Administrativa  
HOSPITAL

ENTREGADO POR  
COMPLEJO HOSPITALARIO DR. NEY ARIAS LORA  
HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. NEY ARIAS LORA

