

No. EXPEDIENTE

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2022-0209

Fecha de emisión: 12/5/2022

**HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. NEY ARIAS LORA**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HOSPNEYARIAS-2022-00449**

Descripción: **TUBOS LABORATORIO CLINICO Y BANCO DE SANGRE**

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%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto total: **247,948.00**

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	4110510 8	TUBO 2.7ML T / AZUL PLAST P/100	48.00	PAQ	651.00	31,248.00		0.00	0.00	31,248.00
2	4110510 8	TUBO TAPA ROJA 6ML KV S/GEL 100/1	100.00	PAQ	700.00	70,000.00		0.00	0.00	70,000.00
3	4110510 8	TUBO TAPA AMARILLA CON/GEL 5ML	100.00	PAQ	892.00	89,200.00		0.00	0.00	89,200.00
4	4110510 8	TUBO 2 ML PLASTICOS TAPA MORADA	100.00	PAQ	575.00	57,500.00		0.00	0.00	57,500.00

Subtotal RD\$	247,948.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>247,948.00</b>

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	TUBO TAPA AMARILLA CON/GEL 5ML	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	100.00	12/8/2022 3:00:00 p.m.
4	TUBO 2 ML PLASTICOS TAPA MORADA	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	100.00	12/8/2022 3:00:00 p.m.
1	TUBO 2.7ML T / AZUL PLAST P/100	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	48.00	12/8/2022 3:00:00 p.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido



Firma

Nombre y Apellido





Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
2	TUBO TAPA ROJA 6ML KV S/GEL 100/1	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	100.00	12/8/2022 3:00:00 p.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO  
DR. NEY ARIAS LORA  
DESPACHO  
DEL DIRECTOR

Firma

Nombre y Apellido

HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO  
DR. NEY ARIAS LORA  
Sub-Dirección  
Financiera y  
Administrativa