

No. EXPEDIENTE

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2022-0358

Fecha de emisión: 26/7/2022

HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. NEY ARIAS LORA
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HOSPNEYARIAS-2022-00712**

Descripción: **FORMULARIOS VARIOS**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Fotomegraf, SRL**

RNC: **130079927**

Nombre comercial: **Fotomegraf, SRL**

Domicilio comercial: **Emiliano Tejera, 10210 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-405-0202**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto total: **443,090.00**

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	55101520	Formulario de historia clínica de hospitalización	150.00	UD	125.00	18,750.00		3,375.00	0.00	22,125.00
2	55101520	Formulario de documento de consentimiento informado	150.00	UD	125.00	18,750.00		3,375.00	0.00	22,125.00
3	55101520	Formulario de pre factura Gerencia de farmacia requisición de materiales gastables	150.00	UD	180.00	27,000.00		4,860.00	0.00	31,860.00
4	55101520	Block de receta médica abierta	2,000.00	UD	63.00	126,000.00		22,680.00	0.00	148,680.00
5	55101520	Formulario de Gerencia de farmacia, requisición de materiales para yeso y reducción a farmacia con copia	200.00	UD	165.00	33,000.00		5,940.00	0.00	38,940.00
6	55101520	Evaluación cardiovascular pre/quirúrgica	150.00	UD	125.00	18,750.00		3,375.00	0.00	22,125.00
7	55101520	Hoja de enfermería en emergencia	300.00	UD	125.00	37,500.00		6,750.00	0.00	44,250.00
8	55101520	Descripción de procedimientos médicos realizados en sala de yeso y cura	150.00	UD	125.00	18,750.00		3,375.00	0.00	22,125.00
9	55101520	Hoja de temperatura	150.00	UD	125.00	18,750.00		3,375.00	0.00	22,125.00
10	55101520	Registro diario usuarios consulta externa	100.00	UD	125.00	12,500.00		2,250.00	0.00	14,750.00
11	55101520	Solicitud interconsulta	150.00	UD	125.00	18,750.00		3,375.00	0.00	22,125.00
12	55101520	Unidad de cuidados intensivos de ambos lados	200.00	UD	135.00	27,000.00		4,860.00	0.00	31,860.00

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

Subtotal RD\$	375,500.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	67,590.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	443,090.00

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
9	Hoja de temperatura	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	150.00	26/10/2022 10:00:00 a.m.
8	Descripción de procedimientos médicos realizados en sala de yeso y cura	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	150.00	26/10/2022 10:00:00 a.m.
7	Hoja de enfermería en emergencia	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	300.00	26/10/2022 10:00:00 a.m.
12	Unidad de cuidados intensivos de ambos lados	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	200.00	26/10/2022 10:00:00 a.m.
11	Solicitud interconsulta	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	150.00	26/10/2022 10:00:00 a.m.
10	Registro diario usuarios consulta externa	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	100.00	26/10/2022 10:00:00 a.m.
3	Formulario de pre factura Gerencia de farmacia requisición de materiales gastables	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	150.00	26/10/2022 10:00:00 a.m.
2	Formulario de documento de consentimiento informado	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	150.00	26/10/2022 10:00:00 a.m.
1	Formulario de historia clínica de	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE	150.00	26/10/2022 10:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	hospitalización	OZAMA O METROPOLITANA DO		10:00:00 a.m.
6	Evaluación cardiovascular pre/quirúrgica	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	150.00	26/10/2022 10:00:00 a.m.
5	Formulario de Gerencia de farmacia, requisición de materiales para yeso y reducción a farmacia con copia	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	200.00	26/10/2022 10:00:00 a.m.
4	Block de receta médica abierta	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	2,000.00	26/10/2022 10:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido



Firma

Nombre y Apellido

