

No. EXPEDIENTE

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2022-0374

Fecha de emisión: 30/8/2022

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HOSPNEYARIAS-2022-00815**

Descripción: **INMUNEX – ABINTRA - GLUTAPAK**

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: **289,798.56**

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	42231801	Inmunex plus nutricional 131 gramos sobres (vainilla)	168.00	UD	669.00	112,392.00	0.00	0.00	20,230.56	132,622.56
2	42231801	Abintra naranja sobre de 27 gramos nutricional	300.00	UD	249.00	74,700.00	0.00	0.00	13,446.00	88,146.00
3	42231801	Glutapak-R sobres polvo 15 gramos	300.00	UD	195.00	58,500.00	0.00	0.00	10,530.00	69,030.00

Subtotal RD\$	245,592.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	44,206.56
<b>Total RD\$</b>	<b>289,798.56</b>

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	Glutapak-R sobres polvo 15 gramos	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	300.00	15/10/2022 8:00:00 a.m.
2	Abintra naranja sobre de 27 gramos nutricional	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	300.00	15/10/2022 8:00:00 a.m.
1	Inmunex plus nutricional 131	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	168.00	15/10/2022 8:00:00 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
	gramos sobres (vainilla)			

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido