

Ítem	Descripción	Plan de entrega		
		Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	36X100 YARDAS			

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


 Firma

 Nombre y Apellido

Hosp Marcelino Velez-DAF-CM-2021-0152


 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	41122004	GASA TIPO ALMOHADA 36X100 YARDAS	50.00	UD	1,043.00	52,150.00	0.00	0.00	0.00	52,150.00
2	41122004	SONDA NASO DUODENAL NO.10	50.00	UD	1,862.00	93,100.00	0.00	0.00	0.00	93,100.00
3	41122004	BRAZALETE PARA ADULTO 25X30CM	30.00	UD	823.00	24,690.00	0.00	4,444.20	0.00	29,134.20

Subtotal RD\$	169,940.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	4,444.20
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	174,384.20

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	BRAZALETE PARA ADULTO 25X30CM	Av. isabel aguiar, #141, Herrera, Santo domingo oeste 11005 DO	30.00	30/9/2021 1:00:00 p.m.
2	SONDA NASO DUODENAL NO.10	Av. isabel aguiar, #141, Herrera, Santo domingo oeste 11005 DO	50.00	30/9/2021 1:00:00 p.m.
1	GASA TIPO ALMOHADA	Av. isabel aguiar, #141, Herrera, Santo domingo oeste 11005 DO	50.00	30/9/2021 1:00:00 p.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido



Firma

Nombre y Apellido



No. EXPEDIENTE
HOSP MARCELINO VELEZ DAF -CM-2021-0152

Fecha de emisión: 30/9/2021

Hospital General Regional Dr. Macelino Velez Santana
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **Hosp Marcelino Velez-2021-00473**

Descripción: **COMPRAS INSUMOS MEDICO (VARIOS) GASA, SONDA, BRAZALETE ETC**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Liriano Nuez Comercial, SRL**

RNC: **130411395**

Nombre comercial: **Liriano Nuez Comercial, SRL**

Domicilio comercial: **Abraham Lincoln, Plaza Biserva, 10100 -, REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-875-9993**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

Plazo de pago con recepción conforme: **90 días**

Monto total: **174,384.20**

Moneda: **DOP**

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma
Nombre y Apellido
GERENTE DE COMPRAS
HOSPITAL GENERAL REGIONAL DR. MACELINO VELEZ SANTANA

Firma
Nombre y Apellido
DIRECCION GENERAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL DR. MACELINO VELEZ SANTANA