



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	5117181 1	SOLUCION SALINA 0.09 % X 1000 ML	9,000.00	UD	62.50	562,500.00	0.00	0.00	0.00	562,500.00

Subtotal RD\$	562,500.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	562,500.00

Observaciones:

		Plan de entrega		
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
1	SOLUCION SALINA 0.09 % X 1000 ML	Av. isabel aguiar, #141, Herrera, Santo domingo oeste 11005 DO	9,000.00	17/5/2022 2:00:00 p.m.

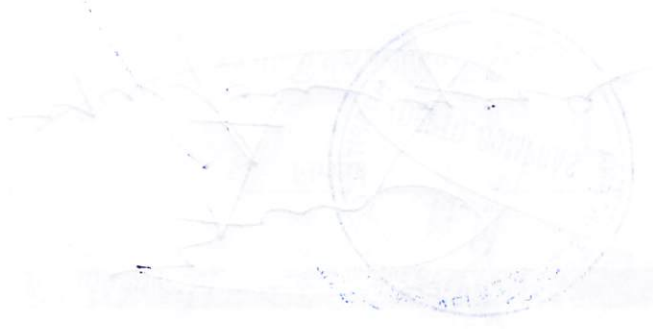
FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido



Receipt No. 111



[Scribbled-out horizontal line]

[Faint, illegible text in the upper middle section]

[Scribbled-out horizontal line]

[Faint, illegible text in the lower middle section]

[Scribbled-out horizontal line]

[Faint, illegible text in the lower section]

RECEIVED BY THE OFFICE OF THE
DIRECTOR OF THE BUREAU OF REVENUE
[Scribbled-out text]





No. EXPEDIENTE
HOSP MARCELINO VELEZ-DAF-CM-2022-0073

Fecha de emisión: 13/5/2022

Hospital General Regional Dr. Macelino Velez Santana
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **Hosp Marcelino Velez-2022-00229**

Descripción: **COMPRA DE MEDICAMENTOS**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Farach, SA**

RNC: **101062088**

Nombre comercial: **Farach, SA**

Domicilio comercial: **Charles Summer , 10132 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-544-0222**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

Plazo de pago con recepción conforme: **120 días**

Monto total: **562,500.00**

Moneda: **DOP**

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

