

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	TABLETA			
1	ETAMSILATO 250 MG/ 2ML AMPOLLA ( DICYNONE )	Av. isabel aguiar, #141, Herrera, Santo domingo oeste 11005 DO	200.00	11/7/2022 2:00:00 p.m.
1	NIFEDIPINA RECTAL 30 MG TABLETA	Av. isabel aguiar, #141, Herrera, Santo domingo oeste 11005 DO	500.00	11/7/2022 2:00:00 p.m.

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	51121904	ETAMSILATO 250 MG/ 2ML AMPOLLA ( DICYNONE )	200.00	UD	170.00	34,000.00		0.00	0.00	34,000.00
1	51121904	NIFEDIPINA RECTAL 30 MG TABLETA	500.00	UD	16.00	8,000.00		0.00	0.00	8,000.00
1	51121904	NIFEDIPINA RECTAL 60 MG TABLETA	500.00	UD	26.95	13,475.00		0.00	0.00	13,475.00
1	51121904	SULCRAFATO SOBRES	200.00	UD	30.00	6,000.00		0.00	0.00	6,000.00
1	51121904	PROPOFOL 10 MG/20 ML VIAL	500.00	UD	280.00	140,000.00		0.00	0.00	140,000.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>201,475.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>201,475.00</b>

**Observaciones:**

		Plan de entrega		
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
1	SULCRAFATO SOBRES	Av. isabel aguiar, #141, Herrera, Santo domingo oeste 11005 DO	200.00	11/7/2022 2:00:00 p.m.
1	PROPOFOL 10 MG/20 ML VIAL	Av. isabel aguiar, #141, Herrera, Santo domingo oeste 11005 DO	500.00	11/7/2022 2:00:00 p.m.
1	NIFEDIPINA RECTAL 60 MG	Av. isabel aguiar, #141, Herrera, Santo domingo oeste 11005 DO	500.00	11/7/2022 2:00:00 p.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido



No. EXPEDIENTE  
**HOSP MARCELINO VELEZ-DAF-CM-2022-0104**

Fecha de emisión: 8/7/2022

**Hospital General Regional Dr. Macelino Velez Santana**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **Hosp Marcelino Velez-2022-00422**

Descripción: **COMPRA DE MEDICAMENTOS ( VARIOS )**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Cristalia Dominicana, SRL**

RNC: **101824859**

Nombre comercial: **Cristalia Dominicana, SRL**

Domicilio comercial: **Leovilda del Villar, 11501 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-591-2402**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto total: **201,475.00**

Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido