

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	5110154 9	LIDOCAINA C/ESPINEFRIN A VIAL 50 ML	10.00	UD	398.75	3,987.50		0.00	0.00	3,987.50
1	5110154 9	CIPROFIBRAS TRO 100 MG TABLETA	200.00	UD	62.30	12,460.00		0.00	0.00	12,460.00

Subtotal RD\$	16,447.50
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	16,447.50

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
1	CIPROFIBRASTRO 100 MG TABLETA	Av. isabel aguiar, #141, Herrera, Santo domingo oeste 11005 DO	200.00	5/10/2021 2:00:00 p.m.
1	LIDOCAINA C/ESPINEFRINA VIAL 50 ML	Av. isabel aguiar, #141, Herrera, Santo domingo oeste 11005 DO	10.00	5/10/2021 2:00:00 p.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

No. EXPEDIENTE

HOSP MARCELINO VELEZ-DAF-CM-2021-0160

Fecha de emisión: 4/10/2021

Hospital General Regional Dr. Macelino Velez Santana
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **Hosp Marcelino Velez-2021-00488**

Descripción: **COMPRA DE MEDICAMENTOS SEPT 2021**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Pro Pharmaceutical Peña, SRL**

RNC: **131211021**

Nombre comercial: **Pro Pharmaceutical Peña, SRL**

Domicilio comercial: **Hermanas Mirabal, Local 7A, 1 Nivel, 11201 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-569-0906**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto total: **16,447.50**

Moneda: **DOP**

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido