

No. EXPEDIENTE

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2022-0137

Fecha de emisión: 28/3/2022

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HOSPNEYARIAS-2022-00283**

Descripción: **LABORATORIO CLINICO Y BANCO DE SANGRE**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Bio Nuclear, SA**

RNC: **101070587**

Nombre comercial: **Bio Nuclear, SA**

Domicilio comercial: **Tiradentes, 10513 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-567-8172**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

Plazo de pago con recepción conforme: **60 días**

Monto total: **257,352.40**

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	41116102	Ms panel negativo	8.00	PAQ	8,312.00	66,496.00		0.00	0.00	66,496.00
2	41116102	Cell pack	5.00	PAQ	5,961.00	29,805.00		0.00	0.00	29,805.00
3	41116102	Cubeta de magneto (cubeta P/BFT-11)	6.00	PAQ	17,030.00	102,180.00		18,392.40	0.00	120,572.40
4	41116102	Easylyte NA/K/CL 400 ml reagent pack	3.00	PAQ	13,493.00	40,479.00		0.00	0.00	40,479.00

Subtotal RD\$	238,960.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	18,392.40
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>257,352.40</b>

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	Cubeta de magneto (cubeta P/BFT-11)	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	5.00	28/4/2022 9:00:00 a.m.
4	Easylyte NA/K/CL 400 ml reagent pack	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	3.00	28/4/2022 9:00:00 a.m.
1	Ms panel negativo	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	8.00	28/4/2022 9:00:00 a.m.
2	Cell pack	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	5.00	28/4/2022 9:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido