

No. EXPEDIENTE

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2022-0249

Fecha de emisión: 25/5/2022

HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. NEY ARIAS LORA
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HOSPNEYARIAS-2022-00496**

Descripción: **NUTRICION**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Abbott Laboratories International, LLC**

RNC: **101001879**

Nombre comercial: **Abbott Laboratories International, LLC**

Domicilio comercial: **Monumental, Esquina Avenida República de Colombia , 10702 - ,
REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-542-7181**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto total: **213,491.74**

Moneda: **DOP**

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2022-0249

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	42231806	Ensure clinical botella 220kcla 230 ml liquido 8oz	450.00	UD	161.01	72,454.50		13,041.81	0.00	85,496.31
2	42231806	Ensure plus botella 350kcal 237ml liquido 8oz	450.00	UD	136.87	61,591.50		11,086.47	0.00	72,677.97
3	42231806	Glucerna 223kcal 237ml vainilla liquida 8oz	360.00	UD	130.22	46,879.20		8,438.26	0.00	55,317.46

Subtotal RD\$	180,925.20
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	32,566.54
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	213,491.74

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	Glucerna 223kcal 237ml vainilla liquida 8oz	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	360.00	30/6/2022 8:00:00 a.m.
2	Ensure plus botella 350kcal 237ml liquido 8oz	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	450.00	30/6/2022 8:00:00 a.m.
1	Ensure clinical botella 220kcla	PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO	450.00	30/6/2022 8:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2022-0249

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	230 ml liquido 8oz			

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido



Firma

Nombre y Apellido

