

No. EXPEDIENTE

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2022-0482

Fecha de emisión: 18/10/2022

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HOSPNEYARIAS-2022-00989**

Descripción: **CIPROFLOXACINA**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Productos Medicinales, SRL**

RNC: **101012803**

Nombre comercial: **Productos Medicinales, SRL**

Domicilio comercial: **José Andrés Aybar Castellanos, 10119 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-473-4949**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto total: **83,325.00**

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    | 5110154<br>2 | Ciprofloxacina 200mg/100ml | 2,500.00 | UD     | 33.33               | 83,325.00               |             | 0.00              | 0.00                        | 83,325.00             |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| Subtotal RD\$              | 83,325.00        |
| Total Descuentos RD\$      | 0.00             |
| Total ITBIS RD\$           | 0.00             |
| Total Otros Impuestos RD\$ | 0.00             |
| <b>Total RD\$</b>          | <b>83,325.00</b> |

Observaciones:

| Plan de entrega |                            |  |                    |                           |
|-----------------|----------------------------|--|--------------------|---------------------------|
| Ítem            | Descripción                | Dirección de entrega                                       | Cantidad requerida | Fecha necesidad           |
| 1               | Ciprofloxacina 200mg/100ml | PROLONGACION CHARLES DE GAULLE<br>OZAMA O METROPOLITANA DO | 2,500.00           | 18/1/2023<br>2:00:00 p.m. |

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

HOSPITAL TRAUMATOLÓGICO  
DR. NERY ARIAS LORA  
Sub-Dirección  
Financiera  
Administrativa