

No. EXPEDIENTE

**HGDVC-DAF-CM-2021-0052**

Fecha de emisión: 21/5/2021

## Hospital General Dr. Vinicio Calventi

### ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HGDVC-2021-00186**

Descripción: **COMPRA DE MEDICAMENTOS**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

#### Datos del Proveedor

Razón social: **Hospifar, SRL**

RNC: **101625589**

Nombre comercial: **Hospifar, SRL**

Domicilio comercial: **Paya, 10100 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-533-1084**

#### Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

Plazo de pago con recepción conforme: **90 días**

Monto total: **364,559.00**

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	5114223 5	TRAMADOL 100MG AMP.	900.00	UD	62.40	56,160.00		0.00	0.00	56,160.00
2	5114223 5	LIDOCAINA CON EPINEFRINA 2% 50ML	0.00	UD	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00
3	5121160 6	FLUMAZENIL 0.5 ML AMP.	50.00	UD	1,493.18	74,659.00		0.00	0.00	74,659.00
4	5117160 6	SULFATO DE MAGNESIO 20% AMP.	3,000.00	UD	34.58	103,740.00		0.00	0.00	103,740.00
4	5117160 6	SULFATO DE EFEDRINA 60MG AMP.	1,000.00	UD	130.00	130,000.00		0.00	0.00	130,000.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>364,559.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>364,559.00</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
4	SULFATO DE MAGNESIO 20% AMP.	C/HATO NUEVO No.43, LA UNION LOS ALCARRIZOS OZAMA O METROPOLITANA DO	3,000.00	26/5/2021 3:00:00 p.m.
4	SULFATO DE EFEDRINA 60MG AMP.	C/HATO NUEVO No.43, LA UNION LOS ALCARRIZOS OZAMA O METROPOLITANA DO	1,000.00	26/5/2021 3:00:00 p.m.
1	TRAMADOL 100MG AMP.	C/HATO NUEVO No.43, LA UNION LOS ALCARRIZOS OZAMA O METROPOLITANA	900.00	26/5/2021 3:00:00 p.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
		DO		
3	FLUMAZENIL 0.5 ML AMP.	C/HATO NUEVO No.43, LA UNION LOS ALCARRIZOS OZAMA O METROPOLITANA DO	50.00	26/5/2021 3:00:00 p.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Apellido**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Apellido**