

No. EXPEDIENTE

**HGDVC-DAF-CM-2021-0090**

Fecha de emisión: 13/8/2021

**Hospital General Dr. Vinicio Calventi**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HGDVC-2021-00270**

Descripción: **compras de Furosemida y Ketorolaco**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Copem Hospiclinic, SRL**

RNC: **131788998**

Nombre comercial: **Copem Hospiclinic, SRL**

Domicilio comercial: **Duarte, Tramo Santiago-La Vega, KM 9, 51000 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-322-6892**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto total: **120,000.00**

Moneda: **DOP**

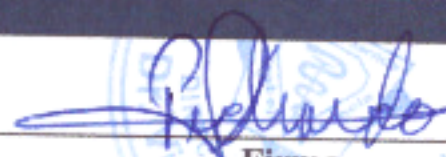
**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**



Firma

  
Nombre y Apellido



Firma

  
Nombre y Apellido

HGDVC-DAF-CM-2021-0090

| Item | Código       | Descripción            | Cantidad | Unidad | Precio Unit<br>s/TTBIS | Imp<br>Moneda<br>Orig<br>s/TTBIS | %<br>Descuento | ITBIS<br>Moneda<br>Orig | Otros<br>Impuestos<br>Moneda<br>Orig | Sub Total<br>Moneda<br>Orig |
|------|--------------|------------------------|----------|--------|------------------------|----------------------------------|----------------|-------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| 2    | 5114212<br>3 | Keterolaco<br>60mg/2ml | 2,000.00 | UD     | 60.00                  | 120,000.00                       |                | 0.00                    | 0.00                                 | 120,000.00                  |

|                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| <b>Subtotal RDS</b>       | <b>120,000.00</b> |
| Total Descuentos RDS      | 0.00              |
| Total ITBIS RDS           | 0.00              |
| Total Otros Impuestos RDS | 0.00              |
| <b>Total RDS</b>          | <b>120,000.00</b> |

Observaciones:

| Plan de entrega |             |                      |                       |                    |
|-----------------|-------------|----------------------|-----------------------|--------------------|
| Ítem            | Descripción | Dirección de entrega | Cantidad<br>requerida | Fecha<br>necesidad |
|                 |             |                      |                       |                    |

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

*Isis O. Gaitan B*  
Firma  
*Isis O. Gaitan B*  
Nombre y Apellido

*Frederico Sosa*  
Firma  
*Frederico Sosa*  
Nombre y Apellido