

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	42181501	Baja lengua de madera C/100 Unds	50.00	UD	142.00	7,100.00		1,278.00	0.00	8,378.00
2	42181909	Papel Sonografía UPS 110 Sony	200.00	UD	1,140.00	228,000.00		41,040.00	0.00	269,040.00
3	42312206	Vicryl plus No. 2.0 Ethicon	10.00	UD	19,680.00	196,800.00		0.00	0.00	196,800.00

Subtotal RDS	431,900.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	42,318.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RDS	474,218.00

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	Vicryl plus No. 2.0 Ethicon	Av. Ortega y Gasset esq, Heriberto Pieter No. 1, Enc. Naco OZAMA O METROPOLITANA DO	10.00	13/2/2023 7:30:00 p.m.
2	Papel Sonografía UPS 110 Sony	Av. Ortega y Gasset esq, Heriberto Pieter No. 1, Enc. Naco OZAMA O METROPOLITANA DO	200.00	13/2/2023 7:30:00 p.m.
1	Baja lengua de madera C/100 Unds	Av. Ortega y Gasset esq, Heriberto Pieter No. 1, Enc. Naco OZAMA O METROPOLITANA DO	50.00	13/2/2023 7:30:00 p.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Wilkidia Alcántara Santa
Firma

Licda. Wilkidia Alcántara Santa
TENIENTE DE NAVIA, ABOGADA, ARD
ENC. DE COMPRAS
HOSPITAL CENTRAL FFAA

HOSPITAL CENTRAL FFAA-DAE-CM-2023-0008

Firma

Nombre y Apellido

Nº. EXPEDIENTE

HOSPITAL CENTRAL FFA-DAF-CM-2023-0008

Fecha de emisión: 10/2/2023

Hospital Central de las FFAA
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HOSPITAL CENTRAL FFA-2023-00039**

Descripción: **Adquisición de medicamentos y materiales médicos para uso en este Centro de Salud.**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Cynnamed, SRL**

RNC: **131017118**

Nombre comercial: **Cynnamed, SRL**

Domicilio comercial: **E, Manz. 13, Edificio 3, 11102 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-481-7070**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Cheque**

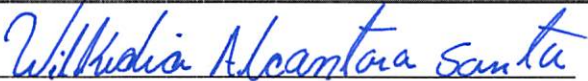
Plazo de pago con recepción conforme: **30 días**

Monto total: **474,218.00**

Moneda: **DOP**

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO



Firma

Firma



Nombre y Apellido

HOSPITAL CENTRAL FFA-DAF-CM-2023-0008