



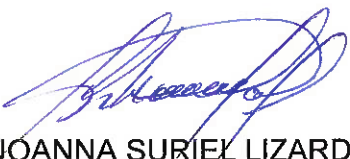
República Dominicana
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

A quien pueda interesar.

Mediante esta carta se hace presentación del informe de compras correspondiente al mes de Septiembre del año 2022.

Dado en la ciudad de La Vega, Sección El Pino, Republica Dominicana, a los 05 días del mes de Octubre del año dos mil veinte y dos (2022).

Atentamente,


LICDA. JOANNA SURIEL LIZARDO
ENC. DEPTO. DE COMPRAS



No. EXPEDIENTE

HOSP. JUAN BOSCH-DAF-CM-2022-0228

Fecha de emisión: 8/9/2022

Hospital Traumatológico y Quirúrgico del Cibao Central Juan Bosch
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **Hosp. Juan Bosch-2022-00549**

Descripción: **COMPRA DE CEFAZOLINA**

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: **Transferencia**

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

Monto total: **112,500.00**

Moneda: **DOP**

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

Hosp. Juan Bosch-DAF-CM-2022-0228

| 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 | 5110157 8 | CEFAZOLINA | 1,500.00 | UD | 75.00 | 112,500.00 | | 0.00 | 0.00 | 112,500.00 |

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Subtotal RD\$ | 112,500.00 |
| Total Descuentos RD\$ | 0.00 |
| Total ITBIS RD\$ | 0.00 |
| Total Otros Impuestos RD\$ | 0.00 |
| Total RD\$ | 112,500.00 |

Observaciones:

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

Hosp. Juan Bosch-DAF-CM-2022-0228