

Autopista Duarte, Km. 101, El Pino, La Vega, R. D.
Tel.: 809-725-8262
• RNC 430-03792-3



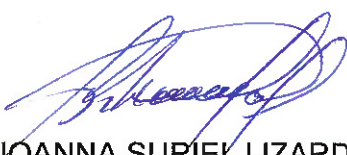
República Dominicana
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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-2022-0230

Fecha de emisión: 13/9/2022

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: Hosp. Juan Bosch-2022-00556

Descripción: COMPRA DE PAPEL DE BAÑO Y PAPEL TOALLA

Modalidad de compras: Compras Menores

Datos del Proveedor

Razón social: Multigestiones Yavic, SRL

RNC: 132380703

Nombre comercial: Multigestiones Yavic, SRL

Domicilio comercial: Jardines Encantados Edificio 6-MB, 10602 - , REPÚBLICA
DOMINICANA

Teléfono: 809-636-7692

Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0%

Forma de pago:



Plazo de pago con recepción conforme:

Monto total: 634,651.20



Moneda: DOP

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


Firma

Nombre y Apellido




Firma

Nombre y Apellido

COMPRA Y CONTRATACIONES
HOSP. JUAN BOSCH-DAF-CM-2022-0230

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	14111704	FARDO DE PAPEL DE BAÑO HIGIENICO 12/1	360.00	UD	747.00	268,920.00		48,405.60	0.00	317,325.60
2	14111703	FARDO DE PAPEL TOALLA CENTRICO 6/1	360.00	UD	747.00	268,920.00		48,405.60	0.00	317,325.60

Subtotal RD\$	537,840.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	96,811.20
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	634,651.20

Observaciones:

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO	
 Firma	 Firma
 Nombre y Apellido	 Nombre y Apellido




STAF-CM-2022-0230