



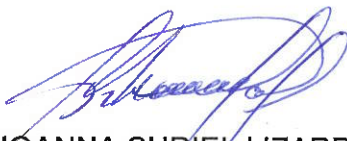
República Dominicana  
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

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-2022-0235**

Fecha de emisión: 16/9/2022

**Hospital Traumatológico v Oquirgico del Cibao Central Juan Bosch**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **Hosp. Juan Bosch-2022-00569**

Descripción: **COMPRA DE CLORO, AMBIENTADOR DESINFECTANTE Y DESGRASANTE**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **GTG Industrial, SRL**

RNC: **130297118**

Nombre comercial: **GTG Industrial, SRL**

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

Teléfono: **809-534-4140**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto total: **130,980.00**

Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

HOSP. JUAN BOSCH-DAF-CM-2022-0235

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	47131807	UNIDAD DE CLORO EN GALON	500.00	UD	54.00	27,000.00		4,860.00	0.00	31,860.00
1	47131812	UNIDAD DE AMBIENTADOR DESINFECTANTE EN GALON (BRISA MARINA)	500.00	UD	105.00	52,500.00		9,450.00	0.00	61,950.00
1	47131821	DESGRASANTE ALCALINO EN GALON	150.00	UD	210.00	31,500.00		5,670.00	0.00	37,170.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>111,000.00</b>
<b>Total Descuentos RD\$</b>	<b>0.00</b>
<b>Total ITBIS RD\$</b>	<b>19,980.00</b>
<b>Total Otros Impuestos RD\$</b>	<b>0.00</b>
<b>Total RD\$</b>	<b>130,980.00</b>

**Observaciones:**

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

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**




**Firma**

**Nombre y Apellido**

**Nombre y Apellido**




Hosp. Juan Bosch-DAF-CM-2022-0235