

República Dominicana  
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

A quien pueda interesar.

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

Dado en la ciudad de La Vega, Sección El Pino, Republica Dominicana, a los 05 días del mes de Enero del año dos mil veinte y tres (2023).

Atentamente,

  
LICDA. JINNEFFER M. MARACALLO  
ENC. DEPTO. DE COMPRAS





No. EXPEDIENTE  
**HOSP. JUAN BOSCH-DAF-CM-2022-0333**

Fecha de emisión: 21/12/2022

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **Hosp. Juan Bosch-2022-00826**

Descripción: **COMPRA DE CABESTRILLO CON APOYO TORAXICO Y CABESTRILLO SIN APOYO TORAXICO**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

### Datos del Proveedor

Razón social: **Dubamed, SRL**

RNC: **132299124**

Nombre comercial: **Dubamed, SRL**

Domicilio comercial: **Comandante Jiménez Moya, no 102, Esquina Juan Rodriguez, Plaza Summer Gallery, 41000 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-277-0520**

### Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**


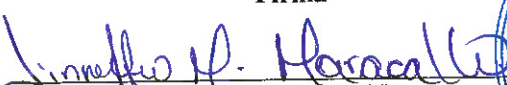
Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto total: **1,055,238.60**

Moneda: **DOP**

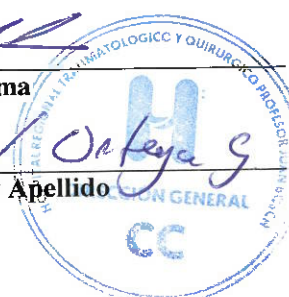
### FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

  
Firma  
  
Nombre y Apellido



Hosp. Juan Bosch-DAF-CM-2022-0333

  
Firma  
  
Nombre y Apellido



**Detalle**

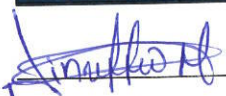
Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit s/ITBIS	Imp Moneda Orig s/ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1	42241809	CABESTRILLO CON APOYO TORAXICO	300.00	UD	1,752.40	525,720.00		94,629.60	0.00	620,349.60
2	42241809	CABESTRILLO SIN APOYO TORAXICO	300.00	UD	1,228.50	368,550.00		66,339.00	0.00	434,889.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>894,270.00</b>
<b>Total Descuentos RD\$</b>	<b>0.00</b>
<b>Total ITBIS RD\$</b>	<b>160,968.60</b>
<b>Total Otros Impuestos RD\$</b>	<b>0.00</b>
<b>Total RD\$</b>	<b>1,055,238.60</b>

**Observaciones:**

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

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma  
Linell H. Mariscal  
Nombre y Apellido



Hosp. Juan Bosch, DAF-CM-2022-0333

  
Firma  
Joel Ortiz  
Nombre y Apellido

