

No. EXPEDIENTE

HDSSD-DAF-CM-2023-0004

Fecha de emisión: 31/1/2023

**Hospital Docente SEMMA**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HDSSD-2023-00028**

Descripción: **Compra de Medicamentos**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Sued & Fargesa, SRL**

RNC: **101027721**

Nombre comercial: **Sued & Fargesa, SRL**

Domicilio comercial: **Máximo Gómez esq. Ramón Santana, 10204 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-682-4344**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Cheque**

Plazo de pago con recepción conforme: **60 días**

Monto total: **49,365.60**

Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

Nombre y Apellido



Firma

Nombre y Apellido

HDSSD-DAF-CM-2023-0004

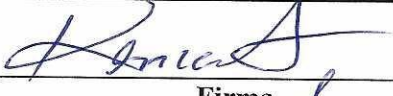
| Item | Código       | Descripción                      | Cantidad | Unidad | Precio Unit<br>s/ITBIS | Imp<br>Moneda<br>Orig<br>s/ITBIS | %<br>Descuento | ITBIS<br>Moneda<br>Orig | Otros<br>Impuestos<br>Moneda<br>Orig | Sub Total<br>Moneda<br>Orig |
|------|--------------|----------------------------------|----------|--------|------------------------|----------------------------------|----------------|-------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| 10   | 5116181<br>2 | HILO<br>CROMICO # 1<br>REF. 813T | 240.00   | UD     | 205.69                 | 49,365.60                        | 0.00           | 0.00                    | 0.00                                 | 49,365.60                   |

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| Subtotal RD\$              | 49,365.60 |
| Total Descuentos RD\$      | 0.00      |
| Total ITBIS RD\$           | 0.00      |
| Total Otros Impuestos RD\$ | 0.00      |
| Total RD\$                 | 49,365.60 |

Observaciones:

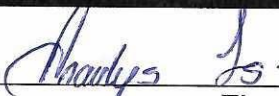
| Plan de entrega |             |                      |                       |                    |
|-----------------|-------------|----------------------|-----------------------|--------------------|
| Ítem            | Descripción | Dirección de entrega | Cantidad<br>requerida | Fecha<br>necesidad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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

  
Firma  
  
Nombre y Apellido



HDSSD-DAF-CM-2023-0004

  
Firma  
  
Nombre y Apellido