

No. EXPEDIENTE

HDSSD-DAF-CM-2021-0051

Fecha de emisión: 7/9/2021

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HDSSD-2021-00272**

Descripción: **Compra de Insumos de Laboratorio Clínico**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Hospifar, SRL**

RNC: **101625589**

Nombre comercial: **Hospifar, SRL**

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

Teléfono: **809-533-1084**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Cheque**

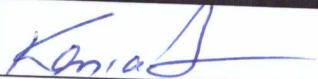
Plazo de pago con recepción conforme: **30 días**

Monto total: **10,620.00**

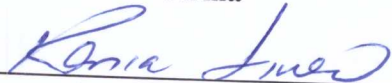
Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

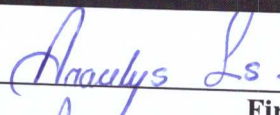


Firma

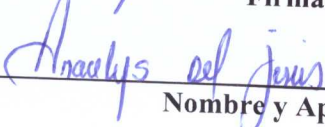


Nombre y Apellido





Firma



Nombre y Apellido

| 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   | 4111601<br>4 | Dengue rapid<br>IgG/IgM/NS1<br>25T | 2.00     | CAJ    | 4,500.00               | 9,000.00                         |                | 0.00                    | 1,620.00                             | 10,620.00                   |

|                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| Subtotal RD\$              | 9,000.00         |
| Total Descuentos RD\$      | 0.00             |
| Total ITBIS RD\$           | 0.00             |
| Total Otros Impuestos RD\$ | 1,620.00         |
| <b>Total RD\$</b>          | <b>10,620.00</b> |

Observaciones:

| Plan de entrega |                                 |                                                                                            |                       |                           |
|-----------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Ítem            | Descripción                     | Dirección de entrega                                                                       | Cantidad<br>requerida | Fecha<br>necesidad        |
| 10              | Dengue rapid IgG/IgM/NS1<br>25T | C/ Jose Joaquin Perez #152, Casi Esq. Josefa<br>Perdomo, Gazeo OZAMA O<br>METROPOLITANA DO | 2.00                  | 9/9/2021<br>12:00:00 a.m. |

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

*Kenia L.*  
Firma  
*Kenia L.*  
Nombre y Apellido



*Aracelys Ls.*  
Firma  
*Aracelys del Jesus*  
Nombre y Apellido