

No. EXPEDIENTE

HGDVC-DAF-CM-2021-0034

Fecha de emisión: 26/4/2021

## Hospital General Dr. Vinicio Calventi

## ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: HGDVC-2021-00149

Descripción: COMPRA DE INSUMOS MEDICO

Modalidad de Compras: Compras Menores

## Datos del Proveedor

Razón social: Melvin Garcia Comercial, SRL

RNC: 131407439

Nombre Comercial: Melvin Garcia Comercial, SRL

Domicilio Comercial: Primera, Respaldo Esperilla, 10901 - , REPÚBLICA DOMINICANA

Teléfono: 829-892-6843

## Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0%

Forma de pago: Transferencia

Plazo de pago con recepción conforme: 90 días

Monto Total: 138,237.00

Moneda: DOP

## 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
------	--------	-------------	----------	--------	------------------------	----------------------------------	----------------	-------------------------	--------------------------------------	--------------------------

## FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

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	4213160 9	ALCOHOL ISOPROPILICO 70% (GALON)	100.00	GAL	549.00	54,900.00		9,882.00	0.00	64,782.00
6	4213160 6	MASCARILLA KN95	2,500.00	UD	24.90	62,250.00		11,205.00	0.00	73,455.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>117,150.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	21,087.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>138,237.00</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
6	MASCARILLA KN95	C/HATO NUEVO No.43, LA UNION LOS ALCARRIZOS OZAMA O METROPOLITANA DO	2,500.00	27/4/2021 2:00:00 p.m.
1	ALCOHOL ISOPROPILICO 70% (GALON)	C/HATO NUEVO No.43, LA UNION LOS ALCARRIZOS OZAMA O METROPOLITANA DO	100.00	27/4/2021 2:00:00 p.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido