



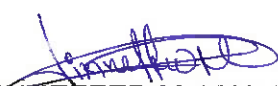
República Dominicana
SERVICIO NACIONAL DE SALUD

A quien pueda interesar.

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

Dado en la ciudad de La Vega, Sección El Pino, Republica Dominicana, a los 05 días del mes de Diciembre del año dos mil veinte y dos (2022).

Atentamente,


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



No. EXPEDIENTE

HOSP. JUAN BOSCH-DAF-CM-2022-0293

Fecha de emisión: 15/11/2022

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **Hosp. Juan Bosch-2022-00737**

Descripción: **COMPRA DE MATERIAL GASTABLE MEDICO**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Jocace, SA**

RNC: **101567201**

Nombre comercial: **Jocace, SA**

Domicilio comercial: **Sol Poniente, 10509 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-472-1431**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto total: **89,966.00**

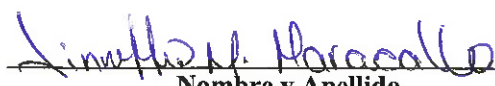
Moneda: **DOP**

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO



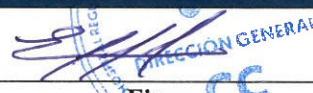
Firma



Nombre y Apellido



Hosp. Juan Bosch-DAF-CM-2022-0293



Firma



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	42312108	BOLSAS DE COLOSTOMIA #45	100.00	UD	221.75	22,175.00	0.00	0.00	0.00	22,175.00
1	42312108	BASES DE COLESTOMIA #45	100.00	UD	192.09	19,209.00	0.00	0.00	0.00	19,209.00
1	42312108	BOLSAS DE COLOSTOMIA #70	100.00	UD	240.23	24,023.00	0.00	0.00	0.00	24,023.00
1	42312108	BASES DE COLESTOMIA #70	100.00	UD	245.59	24,559.00	0.00	0.00	0.00	24,559.00

Subtotal RD\$	89,966.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	89,966.00

Observaciones:

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido



Firma

Nombre y Apellido