

Autopista Duarte, Km. 101, El Pino, La Vega, R. D.
Tel.: 809-725-8262
• RNC 430-03792-3




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-2022-0294

Fecha de emisión: 17/11/2022

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **Hosp. Juan Bosch-2022-00745**

Descripción: **COMPRA DE PAPEL PARA CAMILLA Y PARA GASA**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Soluciones Médicas Global, SRL**

RNC: **130471983**

Nombre comercial: **Soluciones Médicas Global, SRL**

Domicilio comercial: **Paseo Norte Santiago, Edificio A, Torre Herfesa Palace, 51000 - ,
REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-241-1699**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago:


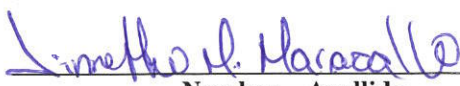
Plazo de pago con recepción conforme:

Monto total: **224,200.00**

Moneda: **DOP**

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


Firma

Nombre y Apellido



Hosp. Juan Bosch-DAF-CM-2022-0294


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	14121702	ROLLO DE PAPEL PARA ENVOLVER GASA	100.00	UD	1,450.00	145,000.00		26,100.00	0.00	171,100.00
1	14121702	PAPEL PARA CAMILLA	300.00	UD	150.00	45,000.00		8,100.00	0.00	53,100.00

Subtotal RD\$	190,000.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	34,200.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	224,200.00

Observaciones:

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


 Firma
 Linell M. Mariscal
 Nombre y Apellido



Hosp. Juan Bosch-DAF-CM-2022-0294


 Firma
 Elgo del Okey
 Nombre y Apellido