

**Programa de Medicamentos Esenciales**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **PROMESECAL-2020-00461**

Descripción: **Adquisición de Midazolam 5mg/mL Ampolla 3mL I.V**

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:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **950,000.00**

Moneda: **DOP**

**Detalle**

Datos Ge

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]*  
**Ing. Oscar A. Rijo**  
Encargado Departamento de Compras y Contrataciones



*[Firma]*  
**Ing. Rafael Adolfo Pérez**  
Director General



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	1216400 1	Adquisición de Midazolam 5mg/mL Ampolla 3mL I.V	25,000.00	UD	38.00	950,000.00	0.00	0.00	0.00	950,000.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>950,000.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>950,000.00</b>

Observaciones:

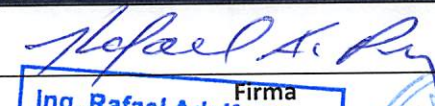
Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

  
**Ing. Oscar Arriaga**  
 Encargado Departamento de Compras y Contrataciones

Nombre y Apellido



  
**Ing. Rafael Adolfo Pérez**  
 Director General

Nombre y Apellido

