

HOSPITAL PEDIATRICO DR. HUGO DE MENDOZA

ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HPDHG-2020-00503**

Descripción: **Impresos para el centro**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Impresora Hnos. Martinez Otaño, SRL**

RNC: **131627188**

Nombre Comercial: **Impresora Hnos. Martinez Otaño, SRL**

Domicilio Comercial: **F., 10100 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-538-5034**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

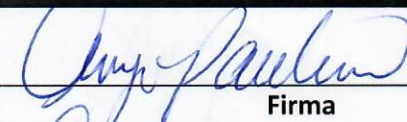
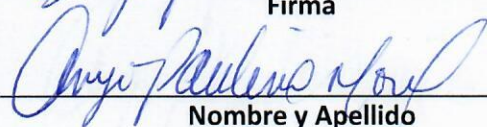
Monto Total: **436,895.00**

Moneda: **DOP**

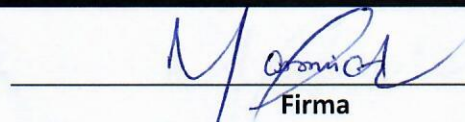
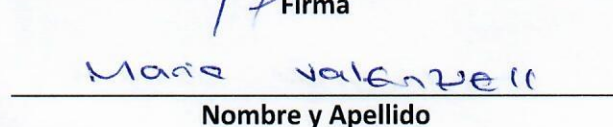
Detalle

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

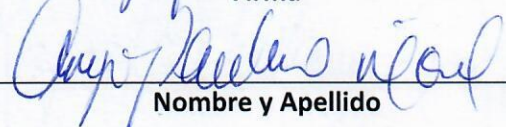

Firma

Nombre y Apellido




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	8212150 7	Recetarios médicos 3 colores	300.00	UD	125.00	37,500.00		6,750.00	0.00	44,250.00
2	8212150 7	Adhesivos	20,000.00	UD	2.50	50,000.00		9,000.00	0.00	59,000.00
3	8212150 7	Condición anestésica	50.00	UD	125.00	6,250.00		1,125.00	0.00	7,375.00
4	8212150 7	Control cita	50.00	UD	75.00	3,750.00		675.00	0.00	4,425.00
5	8212150 7	Notas de enfermería	200.00	UD	130.00	26,000.00		4,680.00	0.00	30,680.00
6	8212150 7	Devolución de medicamentos	50.00	UD	125.00	6,250.00		1,125.00	0.00	7,375.00
7	8212150 7	Evolución preanestésica	50.00	UD	130.00	6,500.00		1,170.00	0.00	7,670.00
8	8212150 7	Evolución diaria	200.00	UD	125.00	25,000.00		4,500.00	0.00	29,500.00
9	8212150 7	Consentimiento informado	50.00	UD	125.00	6,250.00		1,125.00	0.00	7,375.00
10	8212150 7	Descripción quirúrgica	50.00	UD	125.00	6,250.00		1,125.00	0.00	7,375.00
11	8212150 7	Strong kits	50.00	UD	130.00	6,500.00		1,170.00	0.00	7,670.00
12	8212150 7	Historia clínica pediátrica	2,000.00	UD	9.00	18,000.00		3,240.00	0.00	21,240.00
13	8212150 7	Hojas de anotaciones enfermería	100.00	UD	125.00	12,500.00		2,250.00	0.00	14,750.00
14	8212150 7	Hojas de condición	50.00	UD	125.00	6,250.00		1,125.00	0.00	7,375.00
15	8212150 7	Hojas de enfermería	200.00	UD	125.00	25,000.00		4,500.00	0.00	29,500.00
16	8212150 7	Hojas de temperatura (línea roja)	50.00	UD	130.00	6,500.00		1,170.00	0.00	7,670.00
17	8212150 7	Kardex de medicamentos	100.00	UD	125.00	12,500.00		2,250.00	0.00	14,750.00
18	8212150 7	Kardex uci 11x17	50.00	UD	200.00	10,000.00		1,800.00	0.00	11,800.00
19	8212150 7	Petición alta pacientes	50.00	UD	125.00	6,250.00		1,125.00	0.00	7,375.00
20	8212150 7	Diagnósticos por imagen	100.00	UD	125.00	12,500.00		2,250.00	0.00	14,750.00
21	8212150 7	Servicios pediatría nota ingresos	50.00	UD	125.00	6,250.00		1,125.00	0.00	7,375.00
22	8212150 7	Signos vitales	50.00	UD	125.00	6,250.00		1,125.00	0.00	7,375.00
23	8212150 7	Solicitud de análisis modulo de emergencia (blanco)	200.00	UD	90.00	18,000.00		3,240.00	0.00	21,240.00
24	8212150 7	Solicitud de análisis modulo de emergencia	200.00	UD	90.00	18,000.00		3,240.00	0.00	21,240.00

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


Firma

Nombre y Apellido




Firma
Maria Valentini
Nombre y Apellido

Ítem	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
		(rosado)								
25	8212150 7	Solicitud análisis de planta	200.00	UD	125.00	25,000.00		4,500.00	0.00	29,500.00
26	8212150 7	Solicitud interconsultas (NCR)	50.00	UD	140.00	7,000.00		1,260.00	0.00	8,260.00

Subtotal RD\$	370,250.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	66,645.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	436,895.00

Observaciones:

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido