

No. EXPEDIENTE

HPDHG-DAF-CM-2021-0348

Fecha de emisión: 12/11/2021

**HOSPITAL PEDIATRICO DR. HUGO DE MENDOZA**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HPDHG-2021-01574**

Descripción: **COMPRA DE INSUMOS DE ESTERILIZACIÓN.**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Grupo Z Healthcare Products Dominicana, SRL**

RNC: **130936536**

Nombre comercial: **Grupo Z Healthcare Products Dominicana, SRL**

Domicilio comercial: **Primera, Invi Cea, 11807 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-638-8760**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

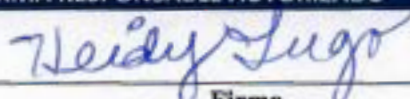
Plazo de pago con recepción conforme:

Monto total: **13,452.00**

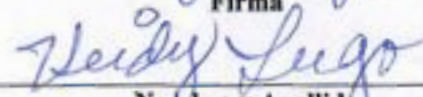
Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**



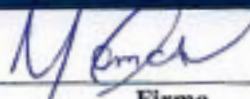
Firma



Nombre y Apellido



HPDHG-DAF-CM-2021-0348



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	4228180 8	PAPEL GRADO- MEDICO (PAPEL CREPE)	5.00	CAJ	2,280.00	11,400.00		2,052.00	0.00	13,452.00

<b>Subtotal RDS</b>	<b>11,400.00</b>
<b>Total Descuentos RDS</b>	<b>0.00</b>
<b>Total ITBIS RDS</b>	<b>2,052.00</b>
<b>Total Otros Impuestos RDS</b>	<b>0.00</b>
<b>Total RDS</b>	<b>13,452.00</b>

Observaciones:

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

*[Firma]*  
Firma  
*José M. Rodríguez*  
Nombre y Apellido



*[Firma]*  
Firma  
*Domingo R. Hernández*  
Nombre y Apellido

HPDHG-DAF-CM-2021-0348