



No. EXPEDIENTE
SRSM-CCC-PEEX-2021-0004

Fecha de emisión: 8/7/2021

Servicio Regional de Salud Metropolitano
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **SRSM-2021-00090**

Descripción: **COMPRA DE REACTIVOS DE HEMATOLOGIA ABX**

Modalidad de compras: **Procesos de Excepción**

Datos del Proveedor

Razón social: **Bio Nova, SRL**

RNC: **131354238**

Nombre comercial: **Bio Nova, SRL**

Domicilio comercial: **Santiago, 10204 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-221-0013**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

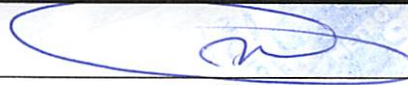
Plazo de pago con recepción conforme: **60 días**

Monto total: **730,620.00**

Moneda: **DOP**

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


Firma

Nombre y Apellido


Firma

Nombre y Apellido

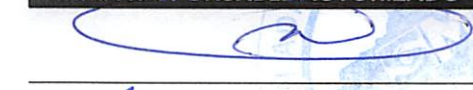
Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit s/ITBIS	Imp Moneda Orig s/ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1	41116107	KIT CONTROLES DE HEMATOLOGIA ABX	13.00	UD	7,020.00	91,260.00		0.00	0.00	91,260.00
2	41115815	FRASCO CLEANER LITRO ABX	40.00	UD	1,674.00	66,960.00		0.00	0.00	66,960.00
3	41115815	FRASCO MINOLISE ABX	40.00	UD	7,182.00	287,280.00		0.00	0.00	287,280.00
4	41115815	GALON MINOTON ABX	40.00	GAL	7,128.00	285,120.00		0.00	0.00	285,120.00

Subtotal RD\$	730,620.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	730,620.00

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	FRASCO MINOLISE ABX	DR. DELGADO NUMERO 304 OZAMA O METROPOLITANA DO	40.00	14/7/2021 10:00:00 a.m.
4	GALON MINOTON ABX	DR. DELGADO NUMERO 304 OZAMA O METROPOLITANA DO	40.00	14/7/2021 10:00:00 a.m.
1	KIT CONTROLES DE HEMATOLOGIA ABX	DR. DELGADO NUMERO 304 OZAMA O METROPOLITANA DO	13.00	14/7/2021 10:00:00 a.m.
2	FRASCO CLEANER LITRO	DR. DELGADO NUMERO 304 OZAMA O	40.00	14/7/2021

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO



 Firma
 Norma G. Hernandez
 Nombre y Apellido



 Firma
 Amoris A. Gillo
 Nombre y Apellido



Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	ABX	METROPOLITANA DO		10:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO



 Firma


 Nombre y Apellido



 Firma


 Nombre y Apellido