



No. EXPEDIENTE  
**SRSM-CCC-PEEX-2021-0003**

Fecha de emisión: 8/7/2021

**Servicio Regional de Salud Metropolitano**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **SRSM-2021-00089**

Descripción: **REACTIVOS DE HEMATOLOGIA URIT**

Modalidad de compras: **Procesos de Excepción**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Hemotest, SRL**

RNC: **130671591**

Nombre comercial: **Hemotest, SRL**

Domicilio comercial: **Caracoles Mar Azul, 11103 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-530-5708**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto total: **311,300.00**

Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

**Aracelis Hernández**  
Nombre y Apellido

Firma

**Aracelis Hernández**  
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	41115815	KIT CONTROLES DE HEMATOLOGIA URIT	13.00	UD	6,500.00	84,500.00		0.00	0.00	84,500.00
2	41115815	DILUENTES URIT GALON	18.00	GAL	4,700.00	84,600.00		0.00	0.00	84,600.00
3	41115815	LIZADOR LITRO URIT FRASCO	18.00	UD	4,700.00	84,600.00		0.00	0.00	84,600.00
4	41103206	DETERGENTE URIT GALON	18.00	GAL	2,400.00	43,200.00		0.00	0.00	43,200.00
5	41115830	SET GLUCOSA	30.00	UD	480.00	14,400.00		0.00	0.00	14,400.00

<b>Subtotal RDS</b>	<b>311,300.00</b>
Total Descuentos RDS	0.00
Total ITBIS RDS	0.00
Total Otros Impuestos RDS	0.00
<b>Total RDS</b>	<b>311,300.00</b>

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
4	DETERGENTE URIT GALON	DR. DELGADO NUMERO 304 OZAMA O METROPOLITANA DO	18.00	15/7/2021 10:00:00 a.m.
5	SET GLUCOSA	DR. DELGADO NUMERO 304 OZAMA O METROPOLITANA DO	30.00	15/7/2021 10:00:00 a.m.
3	LIZADOR LITRO URIT FRASCO	DR. DELGADO NUMERO 304 OZAMA O METROPOLITANA DO	18.00	15/7/2021 10:00:00 a.m.
1	KIT CONTROLES DE	DR. DELGADO NUMERO 304 OZAMA O	13.00	15/7/2021

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

  
 Firma  
  
 Nombre y Apellido

  
 Firma  
  
 Nombre y Apellido



Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	HEMATOLOGIA URIT	METROPOLITANA DO		10:00:00 a.m.
2	DILUENTES URIT GALON	DR. DELGADO NUMERO 304 OZAMA O METROPOLITANA DO	18.00	15/7/2021 10:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Verma G. Hernández  
Nombre y Apellido

Firma

Anni A. Estrella  
Nombre y Apellido