



No. EXPEDIENTE
SRSM-CCC-PEEX-202 1-0010

Fecha de emisión: 1/12/2021

Servicio Regional de Salud Metropolitano
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **SRSM-2021-00169**

Descripción: **REACTIVOS MAQUINA ABX DE HEMATOLOGIA**

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: **284,750.00**

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	16.00	UD	7,345.00	117,520.00		0.00	0.00	117,520.00
2	41115815	FRASCO CLEANER LITRO ABX	10.00	UD	1,751.00	17,510.00		0.00	0.00	17,510.00
3	41115815	FRASCO MINOLISE ABX	10.00	UD	7,514.00	75,140.00		0.00	0.00	75,140.00
4	41115815	GALÓN MINIDIL (MINOTOL) ABX	10.00	GAL	7,458.00	74,580.00		0.00	0.00	74,580.00

Subtotal RD\$	284,750.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	284,750.00

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	10.00	8/12/2021 10:00:00 a.m.
4	GALON MINIDIL (MINOTOL) ABX	DR. DELGADO NUMERO 304 OZAMA O METROPOLITANA DO	10.00	8/12/2021 10:00:00 a.m.
1	KIT CONTROLES DE	DR. DELGADO NUMERO 304 OZAMA O METROPOLITANA DO	16.00	8/12/2021 10:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


 Firma
 Verónica G. Hernández
 Nombre y Apellido


 Firma
 Naydi Javier
 Nombre y Apellido

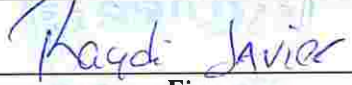



Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	HEMATOLOGIA ABX			
2	FRASCO CLEANER LITRO ABX	DR. DELGADO NUMERO 304 OZAMA O METROPOLITANA DO	10.00	8/12/2021 10:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


 Firma

 Nombre y Apellido


 Firma

 Nombre y Apellido