

No. EXPEDIENTE

PROMESECAL-MAE-PEEN-2022-0001

Fecha de emisión: 18/10/2022

Programa de Medicamentos Esenciales
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **PROMESECAL-2022-00548**

Descripción: **Adquisición de medicamentos para abastecimiento por tormenta Fiona 2022**

Modalidad de compras: **Procesos de Excepción**

Datos del Proveedor

Razón social: **Leterago, SRL**

RNC: **101013575**

Nombre comercial: **Leterago, SRL**

Domicilio comercial: **Cesar Nicolas Penson, 10204 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-687-5155**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto total: **6,890,000.00**

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
103	51201805	9804-INMUNOGLOBULINA ANTI-D (FACTOR RH) 250 MCG INYECTABLE AMPOLLA X 2 ML	300.00	UD	3,475.00	1,042,500.00		0.00	0.00	1,042,500.00
104	51201805	1690-INMUNOGLOBULINA TETANICA 250 UI INYECTABLE VIAL	10,000.00	UD	584.75	5,847,500.00		0.00	0.00	5,847,500.00

Subtotal RD\$	6,890,000.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	6,890,000.00

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
104	1690-INMUNOGLOBULINA TETANICA 250 UI INYECTABLE VIAL	Av. Konrad Adenauer, Prolongación Charles de Gaulle, Municipio Santo Domingo Norte OZAMA O METROPOLITANA DO	10,000.00	21/10/2022 10:00:00 a.m.
103	9804-INMUNOGLOBULINA ANTI-D (FACTOR RH) 250	Av. Konrad Adenauer, Prolongación Charles de Gaulle, Municipio Santo Domingo Norte OZAMA O METROPOLITANA DO	300.00	21/10/2022 10:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	MCG INYECTABLE AMPOLLA X 2 ML			

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido