

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-2022-00558**

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

Modalidad de compras: **Procesos de Excepción**

Datos del Proveedor

Razón social: **Comercial Franu, SRL**

RNC: **130513597**

Nombre comercial: **Comercial Franu, SRL**

Domicilio comercial: **Mercedes Moscoso, Res. Hamarap, 11500 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-699-1933**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto total: **1,128,910.00**

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	1216220 1	9329-ACIDO ASCORBICO (VIT. C) 500MG COMPRIMIDO ORAL BLISTER	333,300.00	UD	2.70	899,910.00		0.00	0.00	899,910.00
15	5116150 4	1816- AMINOFILIN A 25 MG/ML INYECTABLE AMPOLLA X 10 ML	20,000.00	UD	11.45	229,000.00		0.00	0.00	229,000.00

Subtotal RD\$	1,128,910.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	1,128,910.00

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
15	1816-AMINOFILINA 25 MG/ML INYECTABLE AMPOLLA X 10 ML	Av. Konrad Adenauer, Prolongación Charles de Gaulle, Municipio Santo Domingo Norte OZAMA O METROPOLITANA DO	20,000.00	21/10/2022 11:00:00 a.m.
1	9329-ACIDO ASCORBICO (VIT. C) 500MG	Av. Konrad Adenauer, Prolongación Charles de Gaulle, Municipio Santo Domingo Norte OZAMA O METROPOLITANA DO	333,300.00	21/10/2022 11:00:00 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
	COMPRIMIDO ORAL BLISTER			

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido