

|                             |   |          |
|-----------------------------|---|----------|
| <b>Institución:</b>         | MINISTERIO DE HACIENDA  |          |
| <b>Modalidad Compra:</b>    | Orden de Compra-OR-2017-43  |          |
| <b>Unidad Compra:</b>       | Dirección Gral de Contabilidad Gubernamental  | 16256956 |
| <b>Nro. Contrato / Año:</b> | 43/17   |          |
| <b>Fecha:</b>               | 21/02/2017  |          |
| <b>Descripción:</b>         | Adquisición artículos médicos para uso en la institución, dirigida MIPYMES (UC-CD-2017-0018). |          |

**Obra:**

**Datos del Proveedor**

|                      |  |                   |
|----------------------|--|-------------------|
| Razón Social:        | PROMEDICUS, SRL                                    | RNC-131178421     |
| Nombre Comercial:    | PROMEDICUS, SRL                                    |                   |
| Domicilio Comercial: | AV. INDEPENDENCIA C201, KM. 11, HONDURAS DEL NORTE | Tel: 809-731-5491 |

**Datos generales del Contrato**

|                             |             |                            |               |
|-----------------------------|-------------|----------------------------|---------------|
| Trámite de Compra asociado: | 2017-CDU-21 | Certificación Contraloría: |               |
| Anticipo:                   | RD\$ 0      | Retención%:                |               |
| Ampliación %:               | 0           | Total:                     | RD\$ 3,185.00 |
| Observaciones:              |             |                            |               |
| Modalidad Pago:             | Contado.    |                            |               |

**Detalle**

| IT                                   | Descripción                                    | Cantidad | Unidad | Mon | Precio Unit s/ITBIS | Imp Moneda Orig s/ITBIS | % Descuento | ITBIS Total Moneda Orig           |
|--------------------------------------|--|----------|--------|-----|---------------------|-------------------------|-------------|-----------------------------------|
| 1                                    | Caja de Lancetas (100/1)                       | 1        | ud     | RD  | 156.78              | 156.78                  | 0.00        | 28.22                             |
|                                      |  |          |        |     |                     |                         |             | Total Otros Impuestos 0.00        |
|                                      |  |          |        |     |                     |                         |             | Subtotal Moneda Original 185.00   |
| <b>Observación:</b>                  |  |          |        |     |                     |                         |             |                                   |
| 2                                    | Cajas tiras de prueba de glucosa en la sangre. | 3        | ud     | RD  | 1,000.00            | 3,000.00                | 0.00        | 0.00                              |
|                                      |  |          |        |     |                     |                         |             | Total Otros Impuestos 0.00        |
|                                      |  |          |        |     |                     |                         |             | Subtotal Moneda Original 3,000.00 |
| <b>Observación:</b> Truetest, (50/1) |  |          |        |     |                     |                         |             |                                   |

|                              |                      |
|------------------------------|----------------------|
| <b>Subtotal</b>              | <b>RD\$ 3,156.78</b> |
| <b>Total ITBIS</b>           | <b>28.22</b>         |
| <b>Total Descuentos</b>      | <b>0.00</b>          |
| <b>Total Otros Impuestos</b> | <b>0.00</b>          |
| <b>Total</b>                 | <b>3,185.00</b>      |

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido

Orden de Compra-OR-2017-43  
Dirección Gral de Contabilidad Gubernamental

**Plan de Entrega**

| IT | Cant. Requerida | Dirección de Entrega | Fecha necesidad |
|----|-----------------|----------------------|-----------------|
| 1  | 1               | DIGECOG              | 21/02/2017      |
| 2  | 3               | DIGECOG              | 21/02/2017      |

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Nombre y Apellido

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Nombre y Apellido