SNCC.D.001

HOSPITAL MATERNIDAD SEÑORA DE LA

| No. EXPEDIENTE |
| --- |
| HUMNSA-SNCC-D-001-2021 |
| No. DOCUMENTO |
| REQ. |

**HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALATAGRACIA**

17 de junio de 2021

*RNC-430-037311*
*SANTO DOMINGO, D.N.*

A la : Dr. Jorge A. Jiménez
**Director General**

Vía : Lic. Reolinda A. Feliz.
**Administradora**

Asunto : Solicitud de Útiles Medico.

Cortésmente me dirijo a usted, con la finalidad de solicitar lo señalado en el asunto, para conocimiento y fines de lugar.

Atentamente,

LIC. MARIA DEL CARMEN REYES
Gerente de Farmacia.

**mh**

BUCIÓN Y COPIAS
Original 1 – Expediente de Compras
Copia1 – Agregar Destino

/UR.09.2019

HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

9914

| No. EXPEDIENTE |
| --- |
| |
| No. DOCUMENTO |
| HUMNSA2021-REQ.00000 |

RNC-430-037311

SANTO DOMINGO, D.N.

# REQUISICION DE COMPRAS

**AREA SOLICITANTE: ALMACEN DE FARMACIA**

**RESPONSABLE: LIC. MARIA DEL CARMEN REYES** **FECHA: 17/06/2021**

| DESCRIPCION | PRESENTACION | CANTIDAD SOLICITADA | |
| --- | --- | --- | --- |
| CIRCUITOS P/ VENTILADORES DRAEGER | UND | 50 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

FIRMA_____

SERVICIO NACIONAL DE SALUD H.U.M.N.S.A. SNS ALMACEN DE FARMACIA Santo Domingo, R.D.

HOSPITAL
MATERNIDAD NUESTRA
SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

| No. EXPEDIENTE |
| --- |
| HUMNSA-SNCC-D-002-2021 |
| No. DOCUMENTO |
| REQ |

*RNC-430-037311*
*SANTO DOMINGO, D.N.*

HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

## CERTIFICACION DE EXISTENCIA DE FONDOS

**REQUERIMIENTO** : DEPARTAMENTO DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

**FECHA** : JUEVES, 17 DE JUNIO DE 2021

Yo, LICDA. REOLINDA A. FELIZ, en mi calidad de director (a) Financiera de **HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA. (HUMNSA)**

CERTIFICO:

Que esta Dirección Financiera cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año **2021,** y hace la reserva de la cuota de compromiso para el período **(JUNIO 2021)** para la adquisición que se especifica a continuación:

**(Adquisición de útiles medico)**

**PRESUPUESTO**: (Cientos noventa y nueve mil cientos veinticinco pesos con 00//100
$199.125.00

En ese sentido y en base al presupuesto aprobado el Procedimiento de Selección a utilizar para esta compra o contratación es **Proceso de comparación de Precio Y** para que conste, firmo la presente certificación,

LIC. REOLINDA A. FELIZ.
DIRECTORA FINANCIERA
mh

BUCIÓN Y COPIAS
Original 1 – Expediente de Compras
Copia1 – Agregar Destino

/UR 09.2019

HOSPITAL
MATERNIDAD NUESTRA
SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

*RNC-430-037311*
*SANTO DOMINGO, D.N.*

**HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA**

# Aprobación de Compras

Siendo el día 17 de junio año 2021, de conformidad con las disposiciones establecidas en la Ley 34-06 sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras, Concesiones, modificada por la Ley No.449-06, su Reglamento de Aplicación No. -490-07.

Aprobamos la Compra: UTILES MEDICO.

Solicitado por: LIC.MARIA DEL CARMEN REYES

**SOLICITUD DE COMPRA DE UTILES MEDICO, SEGÚN REQUISICION DE FECHA 17/06/2021.**

**Dicha aprobación es emitida el 17 del mes de junio del año 2021.**

SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANA
DIRECCION

**DR. JORGE A. JIMENEZ**
**Director General**

mh

BUCIÓN Y COPIAS
Original 1 – Expediente de Compras
Copia1 – Agregar Destino

/UR.09.2019

HOSPITAL
MATERNIDAD NUESTRA
SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

| No. EXPEDIENTE |
| --- |
| HUMNSA-SNCC-D-014-2021 |
| No. DOCUMENTO |
| REQ. |

**HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALATAGRACIA**

*RNC-430-037311*
*SANTO DOMINGO, D.N.*

17 de junio de 2021

## INVITACION A PRESENTAR OFERTA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS

Estimados Señores.
**SERVIAMED DOMINICANA, S.R.L.**

**(HOSPITALA UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA)**, les invita a participar al procedimiento de **(Comparación de Precio)**, referencia No. **HUMNSA-SNCC-CP-2021-009914**, a los fines de presentar su mejor Oferta para **(Compra de UTILES MEDICO)** .

La adjudicación se hará a favor del Oferente que presente la mejor propuesta y que cumpla con las especificaciones técnicas **anexas** y sea calificada como la Oferta que más convenga a la satisfacción del interés general y el cumplimiento de los fines y cometidos de la administración conforme a la calidad y precio.

La presente invitación se hace de conformidad con los Artículos Nos. 16 y 17 de la Ley No. 340-06 de fecha Dieciocho (18) de Agosto del Dos Mil Seis (2006) sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones y su posterior modificación contenida en la Ley No. 449-06 de fecha Seis (6) de Diciembre del Dos Mil Seis (2006).

La fecha límite para presentar su Oferta será el **(18/06/2021)** hasta la/s **(2:00 pm)**. El Oferente deberá entregar su Oferta en sobres cerrados, debidamente identificados con la siguiente información:

**Nombre del Oferente/SERVIAMED DOMINICANA, S.R.L.**
**Dirección: Calle Max Henríquez Ureña NO. 15, Ens. Naco, Sto. Dgo. D.N.**
**Responsable del Procedimiento de Selección, Lic. Reolinda Feliz**
**Nombre de la Entidad Contratante: HUMNSA**
**Presentación: Oferta Técnica/ Oferta Económica ()**

BUCIÓN Y COPIAS
Original 1 – Expediente de Compras
Copia1 – Agregar Destino

/UR.09.2019

Los Oferentes/Proponentes deberán estar inscritos en el Registro de Proveedores del Estado administrado por la **DIRECCIÓN GENERAL DE CONTRATACIONES PÚBLICAS.**

**(HUMNSA)**, notificará dentro de un plazo de Cinco (3) días hábiles a partir de la expedición del acto administrativo de adjudicación.

Para cualquier consulta o aclaración, conforme al Cronograma de Actividades del Procedimiento de Referencia, los datos de contacto son los siguientes:
**Nombre:** (Lic. Manuela Herrera)
**Departamento:** (Enc. de Compras)
**Nombre de la Entidad Contratante:** (HUMNSA)
**Dirección:** (Ave. Pedro Enríquez Ureña No. 49, )
**Teléfono:** (809-686-6376)
**E-mail:** ( hmnsacompras@gmail.com / info@humnsa.gob.dol)

Lic. Manuela Herrera de Herrera
Enc. de Compras
mh

SERVICIO NACIONAL DE SALUD METROPOLITANO
HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA
DEPTO. DE COMPRAS

BUCIÓN Y COPIAS
Original 1 – Expediente de Compras
Copia1 – Agregar Destino

/UR.09.2019

Serviamed
DOMINICANA

RNC: 101572884

**COTIZACION** : **00010373**

**CLIENTE** : 1369 - MATERNIDAD NTRA. SRA LA ALTAGRACIA
**RNC** : 430037311
**CONTACTO** :
**DIRECCIÓN** : C/PEDRO H. UREÑA
Tel.686-6376
SANTO DOMINGO
**TELEFONO** : (809) 686-6376
**VENDEDOR** : Máximo Brea

**FECHA** : 17.06.2021
**FECHA VENCE** : 17.07.2021
**NUM. PEDIDO** :
**TERMINO** : 30 Dias
**MONEDA** : **RD$**



| NO. | ARTÍCULO | DESCRIPCIÓN | CANT. | PRECIO | ITBIS | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 11006-DFM-3PLY | Mascarillas 3 Ply | 2.000 | 23,00 | 0,00 | 46.000,00 |
| 2 | 1125-KN95-M | Mascarillas KN95 Paq. de 2 unidades | 1.000 | 400,00 | 0,00 | 400.000,00 |
| 3 | 12082-MP00309 | Circuito neonatal básico VentStar, calefactado descartable marca Draeger | 50 | 3.375,00 | 30.375,00 | 168.750,00 |

---------- Ultima Línea ----------

| | |
|---|---|
| Valor Bruto | 614.750,00 |
| ITBIS | 30.375,00 |
| **Total a Pagar RD$** | **645.125,00** |

SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO
HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA
ADMINISTRACIÓN

Atentamente,

null

HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

| No. EXPEDIENTE |
| --- |
| HUMNSA-SNCC-D-014-2021 |
| No. DOCUMENTO |
| REQ. |

*RNC-430-037311*
*SANTO DOMINGO, D.N.*

**HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALATAGRACIA**

17 de junio de 2021

Estimados Señores:
**HOSPIFAR, S.R.L.**

**(HOSPITALA UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA)**, les invita a participar al procedimiento de **(Comparacion de Precio )**, referencia No. **HUMNSA-SNCC-CP-2021-009914**, a los fines de presentar su mejor Oferta para **(adquisición de útiles medico.)**

La adjudicación se hará a favor del Oferente que presente la mejor propuesta y que cumpla con las especificaciones técnicas **anexas** y sea calificada como la Oferta que más convenga a la satisfacción del interés general y el cumplimiento de los fines y cometidos de la administración conforme a la calidad y precio.

La presente invitación se hace de conformidad con los Artículos Nos. 16 y 17 de la Ley No. 340-06 de fecha Dieciocho (18) de Agosto del Dos Mil Seis (2006) sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones y su posterior modificación contenida en la Ley No. 449-06 de fecha Seis (6) de Diciembre del Dos Mil Seis (2006).

La fecha límite para presentar su Oferta será el **(18/06/2021)** hasta la/s **(2:00 pm)**. El Oferente deberá entregar su Oferta en sobres cerrados, debidamente identificados con la siguiente información:

**Nombre del Oferente/HOSPIFAR, S.R.L..**
**Dirección: Calle Paya No. 55, Edif. PEBECA, Urb. Tropical, Sto. Dgo. D.N.**
**Responsable del Procedimiento de Selección, Lic. Reolinda Feliz**
**Nombre de la Entidad Contratante: HUMNSA**
**Presentación: Oferta Técnica/ Oferta Económica ()**

Los Oferentes/Proponentes deberán estar inscritos en el Registro de Proveedores del Estado administrado por la **DIRECCIÓN GENERAL DE CONTRATACIONES PÚBLICAS.**

**(HUMNSA)**, notificará dentro de un plazo de Cinco (3) días hábiles a partir de la expedición del acto administrativo de adjudicación.

Para cualquier consulta o aclaración, conforme al Cronograma de Actividades del Procedimiento de Referencia, los datos de contacto son los siguientes:
**Nombre:** (Lic. Manuela Herrera)
**Departamento:** (Enc. de Compras)
**Nombre de la Entidad Contratante:** (HUMNSA)
**Dirección:** (Ave. Pedro Enríquez Ureña No. 49, )
**Teléfono:** (809-686-6376)
**E-mail:** ( hmnsacompras@gmail.com / info@humnsa.gob.dol)

Lic. Manuela Herrera de Herrera
Enc. de Compras

mh

SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO
HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA
DEPTO. DE COMPRAS

# Hospifar SRL

Calle Paya #55 Edificio PEBACA, Urb. Tropical
Santo Domingo, República Dominicana Tel.809-533-1084



RNC : 101625589

## COTIZACION No.10020510

| | | |
|---|---|---|
| CODIGO | : | C02397 |
| CLIENTE | : | **MATERNIDAD NUESTRA SRA. DE LA ALTAG** |
| RNC | : | 430037311 |
| DIRECCION | : | C/ PEDRO HENRIQUEZ UREÑA #49, GAZCUE |
| CIUDAD | : | SANTO DOMINGO |
| TELEFONO | : | 809-686-6376 EXT213 |
| CONTACTO | : | |
| CONDICION | : | Crédito 30 |

| | | |
|---|---|---|
| FECHA | : | 17/06/2021 |
| CODIGO | | C02397 |
| VENDEDOR | : | YANIL SUSANA |
| PREPARADO POR | : | Lilia Arocha |

**VALIDA HASTA 7 DIAS**

| CANT. | CODIGO | DESCRIPCION | PRECIO | ITBIS | IMPORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| 50 | | CIRCUITOS PARA VENTILADORES DRAEGER (Universal) | 3,400.00 | | 170,000.00 |

| | |
|---|---|
| Valor bruto | 170,000.00 |
| Descuento | |
| Subtotal | |
| ITBIS | 30,600.00 |
| **TOTAL RD$** | **200,600.00** |

DEPARTAMENTO DE VENTAS
Hospifar C. POR A.

SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO
HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA
DEPTO. DE COMPRAS

Lilia Arocha
Preparado Por

Revisado Por

HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

| No. EXPEDIENTE |
| --- |
| HUMNSA-SNCC-D-014-2021 |
| No. DOCUMENTO |
| REQ. |

*RNC-430-037311*
*SANTO DOMINGO, D.N.*

**HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALATAGRACIA**

17 de junio de 2021

Estimados Señores:
**MEDIC-LINE EXPRESS, S.R.L.**

**(HOSPITALA UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA)**, les invita a participar al procedimiento de **(Comparacion de Precio)**, referencia No. **HUMNSA-SNCC-CP-2021-009914**, a los fines de presentar su mejor Oferta para **(Compra de útiles medico)**.

La adjudicación se hará a favor del Oferente que presente la mejor propuesta y que cumpla con las especificaciones técnicas **anexas** y sea calificada como la Oferta que más convenga a la satisfacción del interés general y el cumplimiento de los fines y cometidos de la administración conforme a la calidad y precio.

La presente invitación se hace de conformidad con los Artículos Nos. 16 y 17 de la Ley No. 340-06 de fecha Dieciocho (18) de Agosto del Dos Mil Seis (2006) sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones y su posterior modificación contenida en la Ley No. 449-06 de fecha Seis (6) de Diciembre del Dos Mil Seis (2006).

La fecha límite para presentar su Oferta será el18**25/06/2021)** hasta la/s **(2:00 pm)**. El Oferente deberá entregar su Oferta en sobres cerrados, debidamente identificados con la siguiente información:

**Nombre del Oferente/MEDIC-LINE EXPRESSS, S.R.L.**
**Dirección: Calle Masoneria No.4, Ens. Ozama , Sto. Dgo,D.N.**
**Responsable del Procedimiento de Selección, Lic. Reolinda Feliz**
**Nombre de la Entidad Contratante: HUMNSA**
**Presentación: Oferta Técnica/ Oferta Económica ()**

Los Oferentes/Proponentes deberán estar inscritos en el Registro de Proveedores del Estado administrado por la **DIRECCIÓN GENERAL DE CONTRATACIONES PÚBLICAS.**

**(HUMNSA)**, notificará dentro de un plazo de Cinco (3) días hábiles a partir de la expedición del acto administrativo de adjudicación.

Para cualquier consulta o aclaración, conforme al Cronograma de Actividades del Procedimiento de Referencia, los datos de contacto son los siguientes:
**Nombre:** (Lic. Manuela Herrera)
**Departamento:** (Enc. de Compras)
**Nombre de la Entidad Contratante:** (HUMNSA)
**Dirección:** (Ave. Pedro Enríquez Ureña No. 49, )
**Teléfono:** (809-686-6376)
**E-mail:** ( hmnsacompras@gmail.com / info@humnsa.gob.dol)

Lic. Manuela Herrera de Herrera
Enc. de Compras

mh

SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO
HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA
DEPTO. DE COMPRAS

Medic-Line Express

Calle Masonería No. 4, Ensanche Ozama, Santo Domingo Este.
• T. 809-594-5940 • C. medicline.express@gmail.com • RNC 131-14890-5

# COTIZACION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cliente: | MATERNIDAD LA ALTAGRACIA | Comentarios: | |
| Domicilio: | Av. Pedro Henríquez Ureña No. 49 | Compras: | Manuela Herrera |
| Ciudad: | Santo Domingo, D.N.- | Teléfono: | 809-686-6386 |
| RNC: | 430037311 | Email: | hmnnacompras@gmail.com |

Número: 14851055
Fecha: 17/65/2021

| Cant. | Descripción | Precio | ITBIS | Total |
|---|---|---|---|---|
| 50 | CIRCUITOS UNIVERSAL P/VENTILADOR NEONATAL | 3,425.00 | 30,825.00 | 171,250.00 |

**Sub-Total: RD$171,250.00**
**ITBIS: RD$30,825.00**
**Total: RD$202,075.00**

| PREPARADO POR: | RECIBIDO POR: |
|---|---|
| | SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA DEPTO. DE COMPRAS |

HOSPITAL
MATERNIDAD NUESTRA
SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

*SANTO DOMINGO, D.N.*
*RNC-430-037311*

**HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA**

## Acta simple de compras

Siendo las 09 AM- de 17/Junio/2021 y de conformidad con las disposiciones establecidas en la ley No. 340-06 sobre compras y contrataciones de bienes, servicios, obras, concesiones, modificada por la ley No. -449-06, su reglamento de aplicación No. -490-07 y el manual de procedimientos la dirección de compras y contrataciones de la República Dominicana sobre la modalidad de compras menores procedimos a dar apertura a las ofertas recibidas hasta la fecha, para el suministro de los bienes de consumo detallados en la solicitud de fecha correspondiente a la subsecretaria Administrativa y Financiera recibida en esta Oficina mediante la requisición de Material Gastable Medico.

| | | |
|---|---|---|
| SERVIADMED DOMINICANA S.R.L. | UTILES MEDICO | RD$199,125.00 |
| HOSPIFAR S.R.L. | UTILES MEDICO | RD$200,600.00 |
| MEDIC-LINE EXPRESS S.R.L | UTILES MEDICO | RD$202,075.00 |
| | | |

Luego de evaluar y analizar las ofertas, en el orden en que fueron recibidas, las cuales tomando en cuenta las especificaciones técnicas requeridas y las condiciones contenidas en las ofertas evaluadas decidimos adjudicar la compra por un monto RD $199,125.00, a la empresa SERVIAMED DOMINICANA, S.R.L.,en condiciones similares, es la ue ofrece mejor precio.

Dado en Santo Domingo, Distrito Nacional a los 17 días del mes de junio, del año 2021.

Atentamente,

Licda. Reolinda A. Feliz
Administradora

Licda. Manuela Herrera
Enc. De Compras

mh

SNCC.D.027

MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

| No. EXPEDIENTe |
|---|
| HUMNSA-SNCC-D-027-2021-001668 |
| HUMNSA-SNCC-D-027-2021-001668 |

HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SRA. ALTAGRACIA

17/6/2021

# Orden de Compra

## Unidad Operativa de Compras y Contrataciones

No. De Orden: **HUMNSA-SNCC-D-027-2021-001668**
Descripción: ADQUISICION DE MATERIAL GASTABLE MEDICO
Modalidad de Compras: **Crédito.**
Razón social: **SERVIAMED DOMINICANA** **RNC:** 101572884
Nombre Comercial: **SERVIAMED DOMINICANA**
DOMICILIO AV.WINSTON CHUCHIL **Teléfono:** 809 544 39 11
**Anticipo: 0%** Modalidad de pago: CRÉDITO
Total: RD$ 199,125.00

| Item | Código | Descripción | Cantidad | Unidad | Moneda | PRECIO UNIT. S/ITBIS | ITBIS Total Moneda Orig | Sub Total Moneda Orig |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| 1 | | CIRCUITO NEONATAL BASICO VENTSTAR CALEFACTADO DESCARTABLE MARCA DRAEGER | 50 | | | 3,375.00 | 30,375.00 | 168,750.00 |
| | | | | | | SUBTOTAL | | 168,750.00 |
| | | | | | | ITBIS | | 30,375.00 |
| **Total RD$** | | | | | | | | 199,125.00 |

FIRMAS RESPONSABLES:

ENC. Unidad de Compra, HUMNSA

HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA
DEPTO. DE COMPRAS

DIRECTOR EJECUTIVO

SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

Distribución y Copias
Original 1 – Expediente de Compras
Copia1 – Agregar Destino

Dirección General CONTRATACIONES PÚBLICAS
Transparencia para el progreso

HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

SANTO DOMINGO, D.N.

**AF-0046**

NO. FACTURA: 087497

FECHA:21/6/2021

NCF:

TELEFONO:

**RECEPCION DE ALMACEN**

CASA PROVEEDORA: SERVIAMED DOMINICANA

| DESCRIPCION | CANTIDAD RECIBIDA | PRECIO UNITARIO | TOTAL |
|---|---|---|---|
| CIRCUITO NEONATAL BASICO | 50 | 3375.00 | 168,750.00 |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | | - |
| | | SUBTOTAL | 168,750.00 |
| | | ITBIS | 30,375.00 |
| | | TOTAL | 199,125.00 |
| Realizado por: ARLENY VEGA | | | |

Pedro Henríquez Ureña. Gazcue. Tel.: 809-686-6376. Santo Domingo, Rep. Dominicana.
Correo Electrónico: Farmacia@humnsa.gob.do