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

16 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 Gastable 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

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: 16/06/2021**

DESCRIPCION	PRESENTACION	CANTIDAD SOLICITADA	
BACTERODINE SOLUCION YODO	GLS	10	
CEPILLO DE CIRUGIA C/YODO	UND	60	

FIRMA_____

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

HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

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

No. EXPEDIENTE
HMNSA-SNCC-D-002-2021
No. DOCUMENTO
Click here to enter text.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

OFICIO No. 000009926
Santo Domingo, D. N.

A la : Lic. Reolinda A. Feliz.
Directora Financiera

Asunto : Solicitud de Certificación de Fondos

Fecha : miércoles 16 de junio del 2021

Cortésmente estamos solicitando sea expedido el Certificado de Fondos por **RD$ Dieciocho mil treinta y dos pesos con 92/100),** la adquisición de gastable médico, mediante Proceso HUMNSA-SNCCP-CM-2021-009926 acuerdo con el siguiente detalle:

No.	Monto RD$	Tipo de Compra	Referencia Proceso	Artículo
	RD$18,032.92	Menor	**HUMNSA-SNCCP-CM-2021-009926**	Gastable Medico.

Agradeciendo su atención y sin otro particular,

Manuela Herrera A.
Encargada de Compras
AS
Anexos: Solicitud de Compras

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-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 : MIÉRCOLES, 16 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 gastable médico.)

PRESUPUESTO: (Dieciocho mil treinta y dos pesos con 920//100 $18,032.92

En ese sentido y en base al presupuesto aprobado el Procedimiento de Selección a utilizar para esta compra o contratación es **Proceso de compra menor 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

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 16 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: GASTABLE MEDICO.

Solicitado por: LIC. MARIA DEL CARMEN REYES.

SOLICITUD DE COMPRA DE GASTABLE MEDICO, SEGÚN REQUISICION DE FECHA 16/06/2021.

Dicha aprobación es emitida el 16 del mes de junio del año 2021.

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.

16 de junio de 2021

INVITACION A PRESENTAR OFERTA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS

Estimados Señores.
LEROMED PHARMA, S.R.L.

(HOSPITALA UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA), les invita a participar al procedimiento de **(Compra de Menor)**, referencia No. **HUMNSA-SNCC-CM-2021-009628**, a los fines de presentar su mejor Oferta para **(Compra de Gastable 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/ LEROMED PHARMA, S.R.L.
Dirección: C/ Eladio de la Rosa, No.13, San Gerónimo, 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 REGIONAL 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

Dirección General CONTRATACIONES PÚBLICAS

9926

SNCC.D.027

No. EXPEDIENTe
HUMNSA-SNCC-D-027-2021-001688
HUMNSA-SNCC-D-027-2021-001688

HOSPITAL MATERNIDAD NUESTRA SRA. ALTAGRACIA

18/6/2021

Orden de Compra

Unidad Operativa de Compras y Contrataciones

No. De Orden: **HUMNSA-SNCC-D-027-2021-001688**
Descripción: ADQUISICION MEDICAMENTOS
Modalidad de Compras: **Crédito.**
Razón social: **LEROMED PHARMA S.R.L** **RNC:** 130663157
Nombre Comercial: **LEROMED PHARMA SR.L**
DOMICILIO ELADIO DE LAROSA NO 13 SAN GERONIMO **Teléfono:** 809 530 7455
Anticipo: 0% Modalidad de pago: CRÉDITO
Total: RD$ **18,032.92**

Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Moneda	PRECIO UNIT. S/ITBIS	ITBIS Total Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1		BACTERODINE SOLUCION YODO GL	10	UND		1,450.00		14,500.00
2		CEPILLO DE CIRUGIA C/YODO LER MED	60	UND		9.00	538.92	3,532.92
						total s/ibis		17,494.00
						ITBIS		538.92
Total RD$								18,032.92

FIRMAS RESPONSABLES:

ENC. Unidad de Compra, HUMNSA

DIRECTOR EJECUTIVO

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

2393

HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA

SANTO DOMINGO, D.N.

AF-0042

NO. FACTURA: 8438

NCF:

FECHA:18/06/2021

TELEFONO:

RECEPCION DE ALMACEN

CASA PROVEEDORA: LEROMED PHARMA

DESCRIPCION	CANTIDAD RECIBIDA	PRECIO UNITARIO	TOTAL
BACTERODINE SOLUCION (YODO) GL	10	1450.00	14,500.00
CEPILLO DE CIRUGIA C/YODO	60	49.90	2,994.00
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
			-
		SUBTOTAL	17,494.00
		ITBIS	538.92
		TOTAL	18,032.92
Realizado por: ARLENY VEGA			

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