



**Orden de Compra**  
**Servicio Nacional de Salud**  
**Hospital Regional José María Cabral y Baéz**



No. EXPEDIENTE  
**HJMCB-CCC-CM-2023-1146**  
 31-8-2023

ALM.626  
 No. De Orden: **HJMCB-2023-1878**  
 Descripción: **MEDICAMENTO**

Modalidad de Compras: **COMPRA MENOR**

Datos del Proveedor:

Razon Social: **BREMARFA IMPORT SRL**

Nombre Comercial: **BREMARFA IMPORT SRL**

Domicilio Comercial: **CALLE INDEPENDENCIA C/ANTONIO GUZMAN 181**

RNC: 131007562  
 Telefono: 829-740-3078

Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0%      Modalidad de pago: **CREDITO**  
 Total: **RD\$285,800.00**

Item	Codigo	Descripcion	Cant.	Detalle		Precio unit/ITBIS	Imp Moneda Orig/ITBIS	ITBIS Total Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
				Unid. de Medida	Moneda				
1		PARACETAMOL INFUSION 100ML	2000	UND	RD	RD\$94.90	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$189,800.00
2		OMEPRAZOL 40ML	4000	UND	RD	RD\$24.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$96,000.00
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Total S/ITBIS RDS								<b>RD\$285,800.00</b>	
FLETE								RD\$ -	
DESCUENTO								RD\$ -	
Total ITBIS RDS								<b>RD\$0.00</b>	
Total RDS								<b>RD\$285,800.00</b>	

FIRMAS RESPONSABLES:      PAG. 1/1

**COMPRAS**  
 Enc. Unidad de Compras  
 Santiago, R. D.

**HOSPITAL REGIONAL**  
**JOSÉ MARÍA CABRAL Y BAÉZ**  
**RNC 402064319**  
**ADMINISTRACION**

**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO**  
**JOSÉ MARÍA CABRAL Y BAÉZ**  
**SNS**  
**SERVICIO NACIONAL DE SALUD**  
**Director General**



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJM CB-2023-1146**

Santiago de los Caballeros.

**Al** : **Dr. Bernardo Hilario**  
Director General

**Vía** : **Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General

**Asunto** : Solicitud Autorización de

**Fecha** : 31 DE AGOSTO DEL 2023.

Distinguido Señor Director:

Cortésmente, por medio de la presente hacemos la solicitud de autorización para:

**2000.00 UND.PARACETAMOL INFUSION 100ML**  
**4000.00 UND.OMEPRAZOL 40ML**

Solicitado mediante la comunicación de fecha **28/08/2023** suscrita por la **LIC. LADY M. PEREZ,** encargada de Almacén de Farmacia.

Quedando a la espera de atención y aprobación, sin otro particular


**Lic. Carmen Méndez**  
Enc. De Compras y Contrataciones  
HJM CB

**Anexos:** Certificado de fondos, Aprobación Presupuestaria, Solicitud de Compra o Contratación, Requerida



Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.  
"Año de la Innovación y la Competitividad"  
Acta Simple Compras Menores

Siendo las 3:00 PM. Del 31 del mes de AGOSTO del año 2023, y de conformidad con las disposiciones en la ley 340-06 sobre compras y contrataciones de bienes, servicios, obras, concesiones, modificadas por la ley No. 449-06, su reglamento de aplicación NO. 543-12 y el manual de procedimientos, la dirección de compras y contrataciones de la MISPAS, sobre la modalidad de compras menores procedimos a dar apertura a las ofertas recibidas hasta la fecha, para el suministro de medicamento en la solicitud de fecha 28/08/2023 correspondiente al almacén de farmacia de este Hospital José María Cabral y Báez, recibida en esta oficina, en fecha 28/08/2023.


Luego de evaluar y analizar las ofertas, en el orden que fueron recibidas, las cuales corresponden a los suplidores siguientes:


	Oferentes	Monto ofertado RD\$
1	<b>BREMARFA IMPORT SRL</b>	285,800.00
2	<b>EPX DOMINICANA</b>	330,000.00
3	<b>HEXA POWER PHARMA ,SRL</b>	302,400.00

Tomando en cuenta las especificaciones técnicas requeridas y las condiciones contenidas en las ofertas evaluadas decidimos adjudicar la compra por un monto de **RD\$ 285,800.00** a la empresa, **BREMARFA IMPORT SRL** la cual, en condiciones similares, es la que ofrece un mejor precio y todo lo que requerimos, en base a los artículos referidos.

Dado en Santiago de los Caballeros a los 31 días del mes de agosto 2023.

Atentamente,

  
Licda. Carmen Méndez  
Encargada de Compras  
HRUJMCB

  
Licda. Arédis García Vargas  
Administradora General  
HRUJMCB



**Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**CERTIFICACION DE EXISTENCIA DE FONDO**

**REQUERIMIENTO: UNIDAD DE APERTURA DE COMPRAS**

**FECHA: 28 DE AGOSTO DEL 2023**

Yo, **LICDA. ARELIS GARCIA VARGAS**, en mi calidad de Administradora General del **HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ (HJMCB)**.

**CERTIFICO:**

Que esta Administración General cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año **2023**, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (Agosto 2023) para la adquisición a continuación:

**2000.00 UND.PARACETAMOL 1GR /100ML O BOLSA DE 100  
4000.00 UND.OMEPRAZOL 40 MG AMP**

**PRESUPUESTO: Doscientos noventa mil pesos (RD\$290,000.00)**

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



**Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General  
HJMCB

No. EXPEDIENTE

HJMCB-UC-CM-2023-1146

No. DOCUMENTO

HJMCB-UC-CM-2023-1146



Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.

HJM CB-2023-1146  
Santiago de los Caballeros.

A: **Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora.  
HJM CB

Asunto: Solicitud Certificado de Fondos.

Fecha: 28 DE AGOSTO DEL 2023

Distinguida Señora Administradora:

Cortésmente estamos solicitando sea expedido el certificado de fondos por el valor de **RDS\$290,000.00** (Doscientos noventa mil pesos), para la compra de **MEDICAMENTO**, solicitado mediante comunicado de fecha 24/08/2023, suscrita por **LIC. LADY M. PEREZ**, encargada del Almacén del Farmacia.

No.	Monto RDS	Tipo de Compra	No. De Autorización	Artículo
01	RDS\$290,000.00	Compra Menor	Oficio M/F 24/08/2023	COMPRA MEDICAMENTO

Agradeciendo su atención y sin otro particular, atentamente,



**Lic. Carmen Méndez**  
Enc. De Compras y Contrataciones  
HJM CB



HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL & BAEZ  
C/27 DE FEBRERO, ESQ. SABANA LARGA, SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
Tel.: (809)242-8929 RNC: 402064319

**SOLICITUD DE COMPRA O CONTRATACION**  
Unidad de Compras y Contrataciones

Requisicion No: AFRC2 00000000626

FECHA:28/08/2023 10:32 am

Rubro: 51210000CATEGORIA DE: MEDICAMENTOS VARIOS

Codigo presupuestario: 23-41-01

Sec. Compra: HRUJMCB-UC-CM-2023-1146

Objeto compra: MEDICAMENTOS

Código	Descripcion	Cantidad	Unidad de Medida
F002208	NISTATINA 30ML (GOTA)	50.00	UND
F002780	PENTAGLUBINE(GADOPENTETATO DIMEGGLUMUNA) 469MG/ML15	50.00	UND
F00458	NIFEDIPINA SULINGUAL 10MG	100.00	UND
F000191	DIFENHIDRAMINA 10 mg/ml INYECTABLE AMPOLLA x 1 ml	1,000.00	UND
F000424	OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLA	4,000.00	UND
F001679	LEVETIRAZETAN 500MG AMPOLLA	1,500.00	UND
F001909	NEOSTIGMINA GRAY 0.5MG	1,000.00	UND
F000321	KETOROLACO 30MG	2,000.00	UND
F000320	KETOROLACO 60 mg	2,000.00	UND
F001864	GLUCONATO DE CALCIO 10% AMPOLLA	2,000.00	UND
F0036	BICARBONATO SODICO 10CC AMPOLLA	1,000.00	UND
F001823	COMPLEJO B 10 ml FCO	500.00	UND
F003628	BROMURO DE IPATROPIUM 2.5	2,000.00	UND
F001972	TRAMADOL 100MG 2ML AMP	1,000.00	UND
F001681	DIPIRONA METAMIZOL 1GR.2ML AMP	1,000.00	UND
F000243	FLUFENAZINA DECANOATO 25 mg/ml INYECTABLE AMPOLLA x 1 ml	200.00	UND
F001838	DIMENHIDRINATO 50 mg DRAMIDOM AMPOLLA	1,000.00	UND
F000511	SALBUTAMOL SULFATO 5 mg/ml SOLUCION PARA INHALACION FRASC	200.00	UND
F002173	PARACETAMOL 1GR /100ml O BOLSA DE 100	2,000.00	FCO
F000303	INMUNOGLOBULINA TETANICA 250 UI INYECTABLE VIAL	500.00	UND
F002242	CLORURO DE SODIO AL 20%	1,000.00	UND

Observaciones:



Responsable de la Unidad de Compras y Contrataciones



Orden de Compra  
Servicio Nacional de Salud  
Hospital Regional José María Cabral y Baéz

No. EXPENDIENTE  
HJMCB-CCC-CM-2023-1146  
31-8-2023

ALM.626

No. De Orden:

Descripción:

Modalidad de Compras:

Datos del Proveedor:

HJMCB-2023-1888  
MEDICAMENTO

COMPRA MENOR

Razon Social:

SUED & FARGESA SRL

Nombre Comercial:

SUED & FARGESA SRL

Domicilio Comercial:

AV. MAXIMO GOMEZ NO.27 ESQ RAMON SANTANA

RNC: 101027721

Telefono: 809-682-4344

Datos Generales del Contrato

Anticipo:

0%

Modalidad de pago:

CREDITO

Total: RD\$625,000.00

Item	Codigo	Descripcion	Detalle						
			Cant.	Unid. de Medida	Moneda	Precio unit/ITBIS	Imp Moneda Orig/ITBIS	ITBIS Total Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1		TETGLOB 250 UI BHARAT	500	UND	RD	RD\$1,250.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$625,000.00
2		TETGLOB 250 UI BHARAT	50	UND	RD	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$0.00
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
Observación:							Total S/ITBIS RDS		RD\$625,000.00
							FLETE		
							DESCUENTO		RD\$ -
							Total ITBIS RDS		RD\$0.00
							Total RDS		RD\$625,000.00

FIRMAS RESPONSABLES:

PAG. 1/1

Enc. Unidad de Compras  
Santiago, R. D.

Administración  
RNC: 202064318

Director General  
Santiago, R. D.



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJM CB-2023-1146**  
Santiago de los Caballeros.

**Al** : **Dr. Bernardo Hilario**  
Director General

**Vía** : **Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General

**Asunto** : Solicitud Autorización de

**Fecha** : 31 DE AGOSTO DEL 2023.

Distinguido Señor Director:

Cortésmente, por medio de la presente hacemos la solicitud de autorización para:

**500.00 UND. TEGLOB 250 UI BHARAT**

Solicitado mediante la comunicación de fecha **28/08/2023** suscrita por la **LIC. LADY M. PEREZ,** encargada de Almacén de Farmacia.

Quedando a la espera de atención y aprobación, sin otro particular



**Lic. Carmen Méndez**

Enc. De Compras y Contrataciones  
HJM CB

**Anexos:** Certificado de fondos, Aprobación Presupuestaria, Solicitud de Compra o Contratación, Requerida



Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.  
"Año de la Innovación y la Competitividad"  
**Acta Simple Compras Menores**

Siendo las 3:00 PM. Del 31 del mes de AGOSTO del año 2023, y de conformidad con las disposiciones en la ley 340-06 sobre compras y contrataciones de bienes, servicios, obras, concesiones, modificadas por la ley No. 449-06, su reglamento de aplicación NO. 543-12 y el manual de procedimientos, la dirección de compras y contrataciones de la MISPAS, sobre la modalidad de compras menores procedimos a dar apertura a las ofertas recibidas hasta la fecha, para el suministro de medicamento en la solicitud de fecha 28/08/2023 correspondiente al almacén de farmacia de este Hospital José María Cabral y Báez, recibida en esta oficina, en fecha 28/08/2023.

Luego de evaluar y analizar las ofertas, en el orden que fueron recibidas, las cuales corresponden a los suplidores siguientes:

	Oferentes	Monto ofertado RD\$
1	<b>SUED &amp; FARGESA SRL</b>	625,000.00
2	<b>INMACULADA COMERCIAL SRL</b>	822,250.00
3	<b>COPEM HOSPICLINIC</b>	NO DISPONIBLE

Tomando en cuenta las especificaciones técnicas requeridas y las condiciones contenidas en las ofertas evaluadas decidimos adjudicar la compra por un monto de **RD\$ 625,000.00** a la empresa, **SUED & FARGESA SRL** la cual, en condiciones similares, es la que ofrece un mejor precio y todo lo que requerimos, en base a los artículos referidos.

Dado en Santiago de los Caballeros a los 31 días del mes de agosto 2023

Atentamente,

  
Licda. Carmen Méndez  
Encargada de Compras  
HRUJMCB

  
Licda. Arnelis García Vargas  
Administradora General  
HRUJMCB



**Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**CERTIFICACION DE EXISTENCIA DE FONDO**

**REQUERIMIENTO: UNIDAD DE APERTURA DE COMPRAS**

**FECHA: 28 DE AGOSTO DEL 2023**

Yo, **LICDA. ARELIS GARCIA VARGAS**, en mi calidad de Administradora General del **HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ (HJMCB)**.

**CERTIFICO:**

Que esta Administración General cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año **2023**, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (Agosto 2023) para la adquisición a continuación:

**500.00 UND. INMUNOGLOBULINA TETANICA 250 UI INYECTABLE VIAL**

**PRESUPUESTO: Seiscientos treinta mil pesos (RD\$630,000.00)**

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



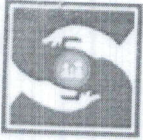
**Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General  
HJMCB

No. EXPEDIENTE

HJMCB-UC-CM-2023-1146

No. DOCUMENTO

HJMCB-UC-CM-2023-1146



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJM CB-2023-1146**  
**Santiago de los Caballeros.**

**A: Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora.  
HJM CB

**Asunto:** Solicitud Certificado de Fondos.

**Fecha:** 28 DE AGOSTO DEL 2023

**Distinguida Señora Administradora:**

Cortésmente estamos solicitando sea expedido el certificado de fondos por el valor de **RDS\$630,000.00** (Seiscientos treinta mil pesos), para la compra de **MEDICAMENTO**, solicitado mediante comunicado de fecha 28/08/2023, suscrita por **LIC. LADY M. PEREZ**, encargada del **Almacén del Farmacia**.

No.	Monto RDS	Tipo de Compra	No. De Autorización	Artículo
01	RDS\$630,000.00	Compra Menor	Oficio M/F 28/08/2023	<b>COMPRA MEDICAMENTO</b>

Agradeciendo su atención y sin otro particular, atentamente,



**Lic. Carmen Méndez**  
Enc. De Compras y Contrataciones  
HJM CB



**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL & BAEZ**  
C/27 DE FEBRERO, ESQ. SABANA LARGA, SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
Tel.: (809)242-8929 RNC: 402064319

**SOLICITUD DE COMPRA O CONTRATACION**  
Unidad de Compras y Contrataciones

Requisicion No: AFRC2 00000000626

FECHA: 28/08/2023 10:32 am

Rubro: 51210000 CATEGORIA DE MEDICAMENTOS VARIOS

Codigo presupuestario: 23-41-01

Sec. Compra: HRUJMCB-UC-CM-2023-1146

Objeto compra: MEDICAMENTOS

Codigo	Descripcion	Cantidad	Unidad de Medida
F002208	NISTATINA 30ML (GOTA)	50.00	UND
F002780	PENTAGLUBINE(GADOPENTETATO DIMEGGLUMUNA) 469MG/ML15	50.00	UND
F00458	NIFEDIPINA SULINGUAL 10MG	100.00	UND
F000191	DIFENHIDRAMINA 10 mg/ml INYECTABLE AMPOLLA x 1 ml	1,000.00	UND
F000424	OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLA	4,000.00	UND
F001679	LEVETIRAZETAN 500MG AMPOLLA	1,500.00	UND
F001909	NEOSTIGMINA GRAY 0.5MG	1,000.00	UND
F000321	KETOROLACO 30MG	2,000.00	UND
F000320	KETOROLACO 60 mg	2,000.00	UND
F001864	GLUCONATO DE CALCIO 10% AMPOLLA	2,000.00	UND
F0036	BICARBONATO SODICO 10CC AMPOLLA	1,000.00	UND
F001823	COMPLEJO B 10 ml FCO	500.00	UND
F003628	BROMURO DE IPATROPIUM 2.5	2,000.00	UND
F001972	TRAMADOL 100MG 2ML AMP	1,000.00	UND
F001681	DIPIRONA METAMIZOL 1GR.2ML AMP	1,000.00	UND
F000243	FLUFENAZINA DECANOATO 25 mg/ml INYECTABLE AMPOLLA x 1 ml	200.00	UND
F001838	DIMENHIDRINATO 50 mg DRAMIDOM AMPOLLA	1,000.00	UND
F000511	SALBUTAMOL SULFATO 5 mg/ml SOLUCION PARA INHALACION FRASC	200.00	UND
F002173	PARACETAMOL 1GR /100ml O BOLSA DE 100	2,000.00	FCO
F000303	INMUNOGLOBULINA TETANICA 250 UI INYECTABLE VIAL	500.00	UND
F002242	CLORURO DE SODIO AL 20%	1,000.00	UND

Observaciones:



Responsable de la Unidad de Compras y Contrataciones



**Orden de Compra**  
**Servicio Nacional de Salud**  
**Hospital Regional José María Cabral y Baéz**

No. EXPENDIENTE  
**HJMCB-CCC-CM-2023-1018**  
 4-8-2023

alm.544  
 No. De Orden: **HJMCB-2023-1664**  
 Descripción: **MEDICAMENTO**

Modalidad de Compras: **COMPRA MENOR**

Datos del Proveedor:

Razon Social: **COPEM HOSPICLINIC** RNC: 1-31-78899-8  
 Nombre Comercial: **COPEM HOSPICLINIC** Telefono: 809-322-6892  
 Domicilio Comercial: **AUT. SANTIAGO LA VEGAS KM 9**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0% Modalidad de pago: **CREDITO**  
 Total: **RD\$215,000.00**

Detalle										
Item	Codigo	Descripcion	Cant.	Unid. de Medida	Moneda	Precio unit/ITBIS	Imp Moneda Orig/ITBIS	ITBIS Total Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig	
1		LEVETIRAZETAM 500MG	500	AMP	RD	RD\$430.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$215,000.00	
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Observación:	Total S/ITBIS RDS	<b>RD\$215,000.00</b>
	FLETE	RD\$ -
	DESCUENTO	RD\$ -
	Total ITBIS RDS	RD\$ -
	<b>Total RDS</b>	<b>RD\$ 215,000.00</b>

FIRMAS RESPONSABLES: PAG. 1/1

Enc. Unidad de Compras

Administración

Director General



**Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1018**  
Santiago de los Caballeros.

**Al** : **Dr. Bernardo Hilario**  
Director General

**Vía** : **Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General

**Asunto** : Solicitud Autorización de

**Fecha** : **04 DE AGOSTO DEL 2023.**

Distinguido Señor Director:

Cortésmente, por medio de la presente hacemos la solicitud de autorización para:

**500.00 UND.LEVETIRAZETAM 500MG AMP**

Solicitado mediante la comunicación de fecha **31/07/2023** suscrita por la **LIC. LADY M. PEREZ,** encargada de **Almacén de Farmacia.**

Quedando a la espera de atención y aprobación, sin otro particular



**Lic. Carmen Méndez**

Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB

**Anexos:** Certificado de fondos, Aprobación Presupuestaria, Solicitud de Compra o Contratación, Requerida



Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.  
"Año de la Innovación y la Competitividad"

Acta Simple Compras Menores

Siendo las 02:00 PM. Del 04 del mes de AGOSTO del año 2023, y de conformidad con las disposiciones en la ley 340-06 sobre compras y contrataciones de bienes, servicios, obras, concesiones, modificadas por la ley No. 449-06, su reglamento de aplicación NO. 543-12 y el manual de procedimientos, la dirección de compras y contrataciones de la MISPAS, sobre la modalidad de compras menores procedimos a dar apertura a las ofertas recibidas hasta la fecha, para el suministro de medicamento en la solicitud de fecha 31/07/2023 correspondiente al almacén de farmacia de este Hospital José María Cabral y Báez, recibida en esta oficina, en fecha 31/07/2023.

Luego de evaluar y analizar las ofertas, en el orden que fueron recibidas, las cuales corresponden a los suplidores siguientes:

	Oferentes	Monto ofertado RDS
1	<b>COPEM HOSPICLINIC</b>	215,000.00
2	<b>MEDISAN</b>	375,000.00
3	<b>MECALA IMPORTADORA</b>	250,000.00

Tomando en cuenta las especificaciones técnicas requeridas y las condiciones contenidas en las ofertas evaluadas decidimos adjudicar la compra por un monto de **RDS 215,000.00** a la empresa **COPEM HOSPICLINIC**, la cual, en condiciones similares, es la que ofrece un mejor precio y todo lo que requerimos, en base a los artículos referidos.

Dado en Santiago de los Caballeros a los 04 días del mes de AGOSTO 2023:

Atentamente,

  
Licda. Carmen Méndez  
Encargada de Compras  
HRUJMCB

  
Licda. Arelis García Vargas  
Administradora General  
HRUJMCB



**Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**CERTIFICACION DE EXISTENCIA DE FONDO**

**REQUERIMIENTO: UNIDAD DE APERTURA DE COMPRAS**

**FECHA: 31 DE JULIO DEL 2023**

Yo, **LICDA. ARELIS GARCIA VARGAS**, en mi calidad de Administradora General del **HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ (HJMCB)**.

**CERTIFICO:**

Que esta Administración General cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año **2023**, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (Julio 2023) para la adquisición a continuación:

**500.00 UND. LEVETIRAZETAM 500MG AMP**

**PRESUPUESTO: Doscientos veinte mil pesos (RD\$220,000.00)**

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



**Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General  
HJMCB

No. EXPEDIENTE

HJMCB-UC-CM-2023-1018

No. DOCUMENTO

HJMCB-UC-CM-2023-1018



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1018**  
**Santiago de los Caballeros.**

**A: Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora.  
HJMCB

**Asunto:** Solicitud Certificado de Fondos.

**Fecha:** 31 DE JULIO DEL 2023

**Distinguida Señora Administradora:**

Cortésmente estamos solicitando sea expedido el certificado de fondos por el valor de **RD\$220,000.00** (Doscientos veinte mil pesos), para la compra de **MEDICAMENTO**, solicitado mediante comunicado de fecha 31/07/2023, suscrita por **LIC. LADY M. PEREZ**, encargada del **Almacén del Farmacia**.

No.	Monto RDS	Tipo de Compra	No. De Autorización	Artículo
01	RD\$220,000.00	Compra Menor	Oficio M/F 31/07/2023	<b>COMPRA MEDICAMENTO</b>

Agradeciendo su atención y sin otro particular, atentamente,



**Lic. Carmen Méndez**  
Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB



**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL & BAEZ**  
C/27 DE FEBRERO, ESQ. SABANA LARGA, SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
Tel.: (809)242-8929 RNC: 402064319

**SOLICITUD DE COMPRA O CONTRATACION**  
**Unidad de Compras y Contrataciones**

**Requisicion No:** AFRC2 00000000544

**FECHA:**31/07/2023 9:07 am

**Rubro:** 51210000CATEGORIA DE MEDICAMENTOS VARIOS

**Codigo presupuestario:** 23-41-01

**Sec. Compra:** HRUJMCB-UC-CM-2023-1018

**Objeto compra:** MEDICAMENTOS

Codigo	Descripcion	Cantidad	Unidad de Medida
F001898	MEDIO DE CONTRASTE	300.00	UND
F000271	HALOPERIDOL 5 mg/ml INYECTABLE AMPOLLA x 1 ml	1,000.00	UND
F00458	NIFEDIPINA SULINGUAL 10MG	100.00	UND
F000424	OMEPRAZOL 40 MG AMPOLLA	3,000.00	UND
F001867	FUROSEMIDA 20MG AMPOLLA	1,000.00	UND
F001886	LACTULOSA 240ML	100.00	UND
F001883	KETOROLACO 30MG	1,000.00	UND
F002224	ACIDO TRANEXAMINICO 500MG/5ML/AMP.	500.00	UND
F000145	CLORPROMAZINA 50 mg INYECTABLE AMPOLLA x 2 ml	1,000.00	UND
F002211	PARACETAMOL 10 mg VIAL O BOLSA DE 100ml ACETAMINOFEN	1,500.00	UND
F001679	LEVETIRAZETAN 500MG AMPOLLA	500.00	UND

**Observaciones:**

**Responsable de la Unidad de Compras y Contrataciones**



**Orden de Compra**  
**Servicio Nacional de Salud**  
**Hospital Regional José María Cabral y Baéz**

No. EXPENDIENTE  
**HJM CB-CCC-CM-2023-1027**

3-8-2023

ALM.552

No. De Orden: **HJM CB-2023-1647**

Descripción: **REACTIVO DE LABORATORIO**

Modalidad de Compras: **COMPRA MENOR**

Datos del Proveedor:

Razon Social: **GANBARO, SRL**

Nombre Comercial:

**GANBARO ,SRL**

Domicilio Comercial:

CALLE PORFIRIO HERRERA NO.29 TORRE EMPRESARIAL INICA

RNC: 131234161

Telefono: 809-533-5026

Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0%

Modalidad de pago: **CREDITO**

Total: **RD\$368,769.78**

**Detalle**

Item	Codigo	Descripcion	Cant.	Unid. de Medida	Moneda	Precio unit/ITBIS	Imp Moneda Orig/ITBIS	ITBIS Total Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1		STA CUVETTES 6*220	4	CAJA	RD	RD\$20,632.68	RD\$3,713.88	RD\$14,855.53	RD\$82,530.72
2		STA COAG CONTROL N+P	3	CAJA	RD	RD\$17,420.65	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$52,261.95
3		STA CLEANER SOLUTION	2	CAJA	RD	RD\$11,370.51	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$22,741.02
4		STA DESORB U	1	CAJA	RD	RD\$8,268.65	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$8,268.65
5		STA PTT AUTOMATE 5	4	CAJA	RD	RD\$22,260.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$89,040.00
6		STA NEOPTIMAL 5	10	CAJA	RD	RD\$4,633.94	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$46,339.40
7		BARRETTE 4 CUVE *150 TRANSPAR	2	CAJA	RD	RD\$6,357.55	RD\$1,144.36	RD\$2,288.72	RD\$12,715.10
8		COAG CONTROL N+P	1	CAJA	RD	RD\$13,400.50	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$13,400.50
9		NEOPLASTINE CL+5	3	CAJA	RD	RD\$3,308.82	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$9,926.46
10		CK PREST 2	2	CAJA	RD	RD\$3,303.83	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$6,607.66
11		FLACON DE 1850 BILLES	1	CAJA	RD	RD\$5,941.62	RD\$1,069.49	RD\$1,069.49	RD\$5,941.62
12		AGITADOR MAGNETICO BLANCO *1	1	CAJA	RD	RD\$663.53	RD\$119.44	RD\$119.44	RD\$663.53

Observación:

Total S/ITBIS RD\$	<b>RD\$350,436.61</b>
FLETE	
DESCUENTO	<b>RD\$ -</b>
Total ITBIS RD\$	<b>RD\$18,333.17</b>
Total RD\$	<b>RD\$368,769.78</b>

FIRMAS RESPONSABLES:

PAG. 1/1



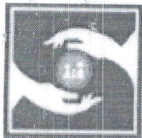
**Enc. Unidad de Compras**



**Administración**



**Director General**



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1027**

Santiago de los Caballeros.

**Al** : **Dr. Bernardo Hilario**  
Director General

**Vía** : **Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General

**Asunto** : Solicitud Autorización de Compra

**Fecha** : **03 DE AGOSTO 2023.**

Distinguido Señor Director:

Cortésmente, por medio de la presente hacemos la solicitud de autorización para

4.00 CAJA.STA CUVETTES 6\*220  
3.00 CAJA.STA COAG CONTROL N+P  
2.00 CAJA.STA CLEANER SOLUTION  
1.00 CAJA.STA STA DESORB U  
4.00 CAJA.STA PTT AUTOMATE 5  
10.00 CAJA.STA NEOPTIMAL 5  
2.00 CAJA.BARRETTE 4 CUVE \*150 TRANSPAR  
1.00 CAJA.COAG CONTROL N+P  
3.00 CAJA.NEOPLASTINE CL+5  
2.00 CAJA.CK PREST 2  
1.00 CAJA.FLACON DE 1850 BILLES  
1.00 CAJA.AGITADOR MAGNETICO BLANCO \*1

Solicitado mediante la comunicación de fecha **01/08/2023** suscrita por la **LIC. LADY M. PEREZ,** encargada de Almacén de Farmacia.

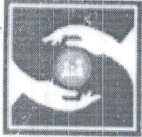
Quedando a la espera de atención y aprobación, sin otro particular


**Lic. Carmen Méndez**

Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB

**Anexos:** Certificado de fondos, Aprobación Presupuestaria, Solicitud de Compra o Contratación, Requerida



**Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**CERTIFICACION DE EXISTENCIA DE FONDO**

**REQUERIMIENTO: UNIDAD DE APERTURA DE COMPRAS**

**FECHA: 01 DE AGOSTO DEL 2023**

Yo, **LICDA. ARELIS GARCIA VARGAS**, en mi calidad de Administradora General del **HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ (HJMCB)**.

**CERTIFICO:**


Que esta Administración General cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año **2023**, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (Agosto 2023) para la adquisición a continuación:

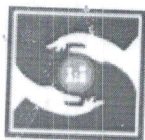
- 4.00 CAJA.STA CUVETTES ✓
- 3.00 CAJA.STA GOAG CONTROL N+P ✓
- 2.00CAJA.STA CLEANER SOLUTION ✓
- 1.00 CAJA.STA DESORB U ✓
- 4.00 CAJA.STA PTT AUTOMATE 5 ✓
- 10.00 CAJA.STA NEOPTIMAL ✓
- 2.00 CAJA.CUBETA BARRET ✓
- 1.00 CAJA.GOAG CONTROL N+P (E) ✓
- 3.00 UND.NEOPLASTINE CI + 5 (E) ✓
- 2.00 CAJA.CK PREST 2 (E) ✓
- 1.00 UND.FLACON DE 1850 BILLES ✓
- 1.00 AGITADOR MAGNETICO BLANCO ✓

**PRESUPUESTO: Trecientos setenta mil pesos (RD\$370,000.00)**

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

  
**Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General  
HJMCB



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1027**  
**Santiago de los Caballeros.**

**A: Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora.  
HJMCB

**Asunto:** Solicitud Certificado de Fondos.

**Fecha:** 01 DE AGOSTO DEL 2023

**Distinguida Señora Administradora:**

Cortésmente estamos solicitando sea expedido el certificado de fondos por el valor de **RD\$370,000.00** (Trecientos setenta mil pesos), para la compra de **REACTIVO DE LABORATORIO**, solicitado mediante comunicado de fecha 01/08/2023, suscrita por **LIC. LADY M. PEREZ**, encargada del Almacén del Farmacia.

No.	Monto RDS	Tipo de Compra	No. De Autorización	Artículo
01	RD\$370,000.00	Compra Menor	Oficio M/F 01/08/2023	<b>COMPRA REACTIVO DE LABORATORIO</b>

Agradeciendo su atención y sin otro particular, atentamente,



**Lic. Carmen Méndez**  
Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB



**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL & BAEZ**  
C/27 DE FEBRERO, ESQ. SABANA LARGA, SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
Tel.: (809)242-8929 RNC: 402064319

**SOLICITUD DE COMPRA O CONTRATACION**  
**Unidad de Compras y Contrataciones**

**Requisicion No:** AFRC2 000000000552

**FECHA:**01/08/2023 12:06 pm

**Rubro:** 41120000SUMINISTROS Y ACCESORIOS DE LABORATORIOS

**Codigo presupuestario:** 23-72-03

**Sec. Compra:** HRUJMCB-UC-CM-2022-1027

**Objeto compra:** LABORATORIO

<b>Codigo</b>	<b>Descripcion</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Unidad de Medida</b>
LAB0458	BALINES	1.00	UND
LAB0073	FLACON DE 1850 BILLES	1.00	UND
LAB0586	STA CUVETTES	4.00	C
LAB0026	CK PREST 2 (E)	2.00	C
LAB0098	NEOPLASTINE CI + 5 (E)	3.00	UND
LAB0027	COAG CONTROL N+P (E)	1.00	C
LAB0587	STA NEOPTIMAL	10.00	C
LAB0588	STA PTT AUTOMATE 5	4.00	C
LAB0156	CUBETA BARRET	2.00	C
LAB0590	STA COAG CONTROL N + P	3.00	C
LAB0591	STA CLEANER SOLUTION	2.00	C



*[Handwritten signature]*

**Observaciones:**

**Responsable de la Unidad de Compras y Contrataciones**



**Orden de Compra  
Servicio Nacional de Salud  
Hospital Regional José María Cabral y Baéz**

No. EXPENDIENTE  
**HJMCB-CCC-CM-2023-1055**  
9-8-2023

ALM 570

No. De Orden: **HJMCB-2023-1706**  
Descripción: **REACTIVO DE LABORATORIO**

**Modalidad de Compras: COMPRA MENOR**

**Datos del Proveedor:**

Razon Social: **CRUZ AYALA SRL** RNC: 101140496  
Nombre Comercial: **CRUZ AYALA SRL** Telefono: 809-582-7470  
Domicilio Comercial: **CALLE 5 NO. G7 JARDINES METROPOLITANOS**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: 0% Modalidad de pago: **CREDITO**  
Total: **RD\$331,278.78**

Detalle												
Item	Codigo	Descripcion	Cant.	Unid. de Medida	Moneda	Precio unit/ITBIS	Imp Moneda Orig/ITBIS	ITBIS Total Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig			
1		T4 ST AIA-PACK 100/1	2	CAJA	RD	RD\$12,000.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$24,000.00			
2		FT4 ST AIA-PACK 100/1	4	CAJA	RD	RD\$12,000.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$48,000.00			
3		TSH ST AIA-PACK 100/1	6	CAJA	RD	RD\$12,000.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$72,000.00			
4		TT3 ST AIA PACK 100/1	3	CAJA	RD	RD\$12,000.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$36,000.00			
5		PSA ST,AIA PACK 100/1	2	CAJA	RD	RD\$20,000.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$40,000.00			
6		FREE PSA ST -AIA PACK 100/1	1	CAJA	RD	RD\$24,000.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$24,000.00			
7		D-DIMERO AIA PACK 100/1	1	CAJA	RD	RD\$34,000.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$34,000.00			
8		PTH ST AIA PAXCK, 100/1	1	CAJA	RD	RD\$23,100.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$23,100.00			
9		FERRITIN ST AIA PACK 100/1	1	CAJA	RD	RD\$24,000.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$24,000.00			
10		FERRITIN AIA PACK CALIBRADOR 2 CAL	1	CAJA	RD	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$0.00			
11		TIPS NEGRO P/AIA 900/2000 1000 UDS	1	CAJA	RD	RD\$5,236.25	RD\$942.53	RD\$942.53	RD\$5,236.25			
12		TT3 AIA PACK CALIBRADOR 2CAL	1	CAJA	RD	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$0.00			
13		TSH3G AIA PACK CALIBRADOR 2 CAL	1	CAJA	RD	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$0.00			
							Total S/ITBIS RD\$		<b>RD\$330,336.25</b>			
							FLETE					
							DESCUENTO		<b>RD\$0.00</b>			
							Total ITBIS RD\$		<b>RD\$942.53</b>			
							Total RD\$		<b>RD\$331,278.78</b>			

Observación:

FIRMAS RESPONSABLES:

PAG. 1/1

*[Signature]*  
**Enc. Unidad de Compras**

*[Signature]*  
**Administración**

*[Signature]*  
**Director General**



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1055**

Santiago de los Caballeros.

**Al** : **Dr. Bernardo Hilario**  
Director General

**Vía** : **Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General

**Asunto** : Solicitud Autorización de Compra

**Fecha** : **09 DE AGOSTO 2023.**

Distinguido Señor Director:

Cortésmente, por medio de la presente hacemos la solicitud de autorización para:

2.00 CAJA.TA ST AIA PACK 100/1  
4.00 CAJA.FT4 ST AIA PACK 100/1  
6.00 CAJA.TSH ST AIA PACK 100/1  
3.00 CAJA .TT3 ST AIA PACK 100/1  
2.00 CAJA.PSA AT AIA PACK 100/1  
1.00 CAJA.FREE PSA ST -AIA PACK 100/1  
1.00 CAJA.D-DIMERO AIA PACK 100/1  
1.00 CAJA.PTH ST AIA PACK 100/1  
1.00 CAJA.FERRITIN ST AIA PACK 100/1  
1.00 CAJA.FERRITIN AIA PACK CALIBRADOR 2 CAL  
1.00 CAJA.TIPS NEGRO P/AIA 900/2000 1000 UDS  
1.00 CAJA.TT3 AIA PACK CALIBRADOR 2CAL  
1.00 CAJA.TSH3G AIA PACK CALIBRADOR 2 CAL

Solicitado mediante la comunicación de fecha **02/08/2023** suscrita por la **LIC. LADY M. PEREZ,** encargada de Almacén de Farmacia.

Quedando a la espera de atención y aprobación, sin otro particular


**Lic. Carmen Méndez**

Enc. De Compras y Contrataciones

HJMCB

**Anexos:** Certificado de fondos, Aprobación Presupuestaria, Solicitud de Compra o Contratación, Requerida



**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.  
"Año de la Innovación y la Competitividad"**

09 DE AGOSTO DEL 2023

Señores:  
Ministerio de Salud Pública  
Santo Domingo, D.N. Rep. Dom.

Distinguidos señores:

Por medio de la presente tenemos a bien comunicarles, que el distribuidor **CRUZ AYALA SRL** tiene instalado en este hospital las maquinarias para realizar pruebas de laboratorios; las cuales funcionan con los reactivos que los mismos nos proveen, razón por lo cual no anexamos cotizaciones de acuerdo al monto de la factura y la escala aplicada.

Sin otro particular, queda de ustedes,

Atentamente

COMPRAS

  
**Lic. Carmen Méndez**

Encargada de Compras  
HRUJMCB



**Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**CERTIFICACION DE EXISTENCIA DE FONDO**

**REQUERIMIENTO: UNIDAD DE APERTURA DE COMPRAS**

**FECHA: 02 DE AGOSTO DEL 2023**

Yo, **LICDA. ARELIS GARCIA VARGAS**, en mi calidad de Administradora General del **HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ (HJMCB)**.

**CERTIFICO:**

Que esta Administración General cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año **2023**, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (Agosto 2023) para la adquisición a continuación:

- 2.00 CAJA.TA ST AIA PACK 100/1
- 4.00 CAJA.F-T4 ST AIA PACK 100/1
- 6.00 CAJA.TSH ST AIA PACK 100/1
- 3.00 CAJA .T3 AIA PACK TOSOSH
- 2.00 CAJA.PSA AT AIA PACK 100/1
- 1.00 CAJA.FREE PSA ST -AIA PACK 100/1
- 1.00 CAJA.DIMERO D AIA PACK TOSOH
- 1.00 CAJA.PTH ST AIA PACK 100/1
- 1.00 CAJA.FERRITIN ST AIA PACK 100/1
- 1.00 CAJA.FERRITIN AIA PACK CALIBRADOR 2 CAL
- 1.00 CAJA.TIPS NEGRO P/AIA 900/2000 1000 UDS
- 1.00 CAJA.TT3 AIA PACK CALIBRADOR 2CAL
- 1.00 CAJA.TSH3G AIA PACK CALIBRADOR 2 CAL

**PRESUPUESTO: Trecientos cuarenta mil pesos (RD\$340,000.00)**

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



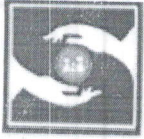
**Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General  
HJMCB

No. EXPEDIENTE

HJMCB-UC-CM-2023-1055

No. DOCUMENTO

HJMCB-UC-CM-2023-1055



**Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJM CB-2023-1055**  
**Santiago de los Caballeros.**

**A: Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora.  
HJM CB

**Asunto:** Solicitud Certificado de Fondos.

**Fecha:** 02 DE AGOSTO DEL 2023

**Distinguida Señora Administradora:**

Cortésmente estamos solicitando sea expedido el certificado de fondos por el valor de **RDS\$340,000.00** (Trecientos cuarenta mil pesos), para la compra de **REACTIVO DE LABORATORIO**, solicitado mediante comunicado de fecha 02/08/2023, suscrita por **LIC. LADY M. PEREZ**, encargada del **Almacén del Farmacia**.

No.	Monto RDS	Tipo de Compra	No. De Autorización	Artículo
01	RDS\$340,000.00	Compra Menor	Oficio M/F 02/08/2023	<b>COMPRA REACTIVO DE LABORATORIO</b>

Agradeciendo su atención y sin otro particular, atentamente,


**Lic. Carmen Méndez**  
Enc. De Compras y Contrataciones  
HJM CB



**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL & BAEZ**  
C/27 DE FEBRERO, ESQ. SABANA LARGA, SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
Tel.: (809)242-8929 RNC: 402064319

**SOLICITUD DE COMPRA O CONTRATACION**  
**Unidad de Compras y Contrataciones**

**FECHA:02/08/2023 11:42 am**

**Requisicion No:** AFRC2 00000000570

**Rubro:** 41120000SUMINISTROS Y ACCESORIOS DE LABORATORIOS

**Codigo presupuestario:** 23-72-03

**Sec. Compra:** HRUJMCB-UC-Cm-2023-1055

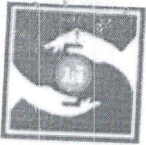
**Objeto compra:** LABORATORIO

Codiqo	Descripcion	Cantidad	Unidad de Medida
		2.00	UND
LAB0137	T4 ST AIA PACK 100/1	1.00	UND
LAB0183	T4 AIA-PACK CALIBADOR (2 CAL)	4.00	UND
LAB0325	F-T4 ST AIA PACK 100/1	1.00	UND
LAB0326	CALIBRADOR F-T4 ST AIA PACK 100/1	6.00	UND
LAB0185	TSH ST AIA-PACK 100/1	1.00	UND
LAB0186	TSH3G AIA-PACK CALIBRADOR (2 CAL)	3.00	UND
LAB0203	T3 AIA PACK TOSOSH	2.00	UND
LAB0187	PSA ST, AIA PACK 100/1	1.00	UND
LAB0206	PSA TOTAL AIA PACK CALIBRATOR	1.00	UND
LAB0124	FREE PSA ST A/A-PACK 100/1	1.00	UND
LAB0188	FREE PSA ST AIA-PACK CALIBRATOR SET	1.00	UND
LAB0349	DIMERO D AIA TOSOH	1.00	C
LAB0444	PARATOHORMONA INTACTA/PTH TOSOH	1.00	UND
LAB0180	FERRITIN ST-AIA PACK 100/1	1.00	UND
LAB0445	CALIBRADOR PTH	1.00	UND
LAB0181	FERRITIN AIA PACK CALIBRADOR (2 CAL)	1.00	UND
LAB0348	CALIBRADOR DIMERO D	1.00	C
LAB0190	TIPS NEGRO P/AIA 900/200 1000 UDS		

**Observaciones:**



**Responsable de la Unidad de Compras y Contrataciones**



Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.

CERTIFICACION DE EXISTENCIA DE FONDO

REQUERIMIENTO: UNIDAD DE APERTURA DE COMPRAS

FECHA: 02 DE AGOSTO DEL 2023

No. EXPEDIENTE

HJMCB-UC-CM-2023-1056

No. DOCUMENTO

HJMCB-UC-CM-2023-1056

Yo, LICDA. ARELIS GARCIA VARGAS, en mi calidad de Administradora General del HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ (HJMCB).

CERTIFICO:

Que esta Administración General cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año 2023, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (Agosto 2023) para la adquisición a continuación:

2.00 CAJA.FOSFORO 6X30ML SPIN  
3.00 CAJA.UREA LQ SPRINREA  
3.00 CAJA.TRIGLICERIDOS SPIREAD  
2.00 CAJA.GOT/AST 4X40ML/2X20ML SPINREAD  
2.00 CAJA.TUBO DE ERITRO  
9.00 UND.CD80 DETERGENTE  
1.00 CAJA.SPINTROL CALIBRADOR  
1.00 CAJA.ALBUMINA 2X250 SPINREAD  
1.00 CAJA.SPINTRO H.PATOLOGICO  
1.00 CAJA.SPINTRO H.NORMAL  
1.00 CAJA.PROTEINA TOTAL SP

2.00 CAJA.PT SPIN 4ML  
4.00 CAJA.CREATININA SPINRED  
3.00 CAJA.MAGNESIO 2X150ML SPIN  
1.00 CAJA.FOSFATASA ALCALINA SP 20 X 3ML  
3.00 CAJA.CALCIO III SPIN  
1.00 CAJA.APTT SPINREACT  
2.00 CAJA.COLESTEROL HDL DIRECTO SPINREAD  
4.00 CAJA.GLUCOSA SPIN  
2.00 CAJA.GPT/ALT 4X40ML/2X20ML SPINREAD  
2.00 CAJA.COLESTEROL SPINREAD

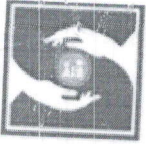
PRESUPUESTO: Quinientos mil pesos (RD\$500,000.00)

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



**Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General  
HJMCB



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJM CB-2023-1056**  
**Santiago de los Caballeros.**

**A: Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora.  
HJM CB

**Asunto:** Solicitud Certificado de Fondos.

**Fecha:** 02 DE AGOSTO DEL 2023

**Distinguida Señora Administradora:**

Cortésmente estamos solicitando sea expedido el certificado de fondos por el valor de **RD\$500,000.00** (Quinientos mil pesos), para la compra de **REACTIVO DE LABORATORIO**, solicitado mediante comunicado de fecha 02/08/2023, suscrita por **LIC. LADY M. PEREZ**, encargada del Almacén del Farmacia.

No.	Monto RDS	Tipo de Compra	No. De Autorización	Artículo
01	RD\$500,000.00	Compra Menor	Oficio M/F 02/08/2023	<b>COMPRA REACTIVO DE LABORATORIO</b>

Agradeciendo su atención y sin otro particular, atentamente,



*Lic. Carmen Méndez*

**Lic. Carmen Méndez**  
Enc. De Compras y Contrataciones  
HJM CB



**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL & BAEZ**  
C/27 DE FEBRERO, ESQ. SABANA LARGA, SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
Tel.: (809)242-8929 RNC: 402064319

**SOLICITUD DE COMPRA O CONTRATACION**  
**Unidad de Compras y Contrataciones**

Requisicion No: AFRC2 00000000571

FECHA:02/08/2023 10:09 am

Rubro: 41120000SUMINISTROS Y ACCESORIOS DE LABORATORIOS

Codigo presupuestario: 23-72-03

Sec. Compra: HRUJMCB-UC-CM-2023-1056

Objeto compra: LABORATORIO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Unidad de Medida
LAB0152	UREA LQ SPRINREA	3.00	C
LAB0112	CREATININA SPINRED	4.00	C
LAB0111	GLUCOSA SPIN	4.00	C
F000789	GOT/AST 4x40ml/2x20ml SPINREAD	2.00	C
F001688	GPT/ALT 4x40ml/2x20ml SPINREAD	2.00	C
LAB0211	COLESTEROL SPINREAD	2.00	C
LAB0146	TRIGLICERIDOS SPINREAD	3.00	C
LAB0028	COLESTEROL HDL DIRECTO SPINREAD	2.00	C
F001689	FOSFORO 6X30ML SPIN	2.00	C
LAB0108	CALCIO III SPIN	3.00	C
LAB0379	APTT SPINREACT	1.00	C
F001687	PT SPIN 4ML	2.00	C
LAB0008	ALBUMINA 2 X 250 SPINREAD	1.00	C
LAB0213	FOSFATASA ALCALINA SP 20 X 3 ml	1.00	C
LAB0212	PROTEINA TOTAL SP	1.00	C
LAB0368	MAGNESIO 2X150ML SPIN	3.00	C
LAB0280	SPINTROL CALIBRADOR	1.00	C
LAB0115	SPINTRO H. NORMAL	1.00	C
LAB0114	SPINTRO H. PATHOLOGICO	1.00	C
LAB0022	CD80 DETERGENTE	9.00	UND
LAB0158	TUBO DE ERITRO	2.00	C



Observaciones:

Responsable de la Unidad de Compras y Contrataciones



Orden de Compra  
Servicio Nacional de Salud  
Hospital Regional José María Cabral y Baéz

No. EXPENDIENTE  
HJM CB-CCC-CM-2023-1056  
9-8-2023

ALM. 571  
No. De Orden: HJM CB-2023-1709  
Descripción: REACTIVO DE LABORATORIO

Modalidad de Compras: COMPRA MENOR

Datos del Proveedor: ALMANZAR Y ESTEVEZ SRL

Razon Social: ALMANZAR Y ESTEVEZ  
Nombre Comercial: ALMANZAR Y ESTEVEZ  
Domicilio Comercial: CALLE ARTURO GRULLON NO.26 CALLE 7

RNC: 102319197  
Telefono: 809-580-1897

Anticipo: 0%  
Total: RD\$497,775.33  
Modalidad de pago: CREDITO

Item	Codigo	Descripcion	Cant.	Unid. de Medida	Moneda	Detalle			
						Precio unit/ITBIS	Imp Moneda Orig/ITBIS	ITBIS Total Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1		FOFORO UV/6*30ML BS	2	CAJA	RD	RD\$2,282.25	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$4,564.50
2		UREA-LQGLD 4*40/2*0ML	3	CAJA	RD	RD\$13,340.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$40,020.00
3		TRIGLICERIDOS 6*4ML	3	CAJA	RD	RD\$17,020.94	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$51,062.82
4		GOT/AST 4*40ML /2*20ML	2	CAJA	RD	RD\$13,048.44	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$26,096.88
5		TUBOS ERITRO TAPVAL EQUIPOS ERITRO	2	CAJA	RD	RD\$10,035.90	RD\$1,806.46	RD\$3,612.92	RD\$20,071.80
6		CD80 DETERGENTE 2LT BS -400	9	CAJA	RD	RD\$10,111.50	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$91,003.50
7		CALIBRADORES 10*3ML	1	CAJA	RD	RD\$15,218.86	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$15,218.86
8		ALBUMINA BCG COLOR 6*40ML	1	CAJA	RD	RD\$5,217.27	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$5,217.27
9		SPINTROL H PATOLOGICO 4*5ML	1	CAJA	RD	RD\$5,386.63	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$5,386.63
10		SPINTRL H NORMAL	1	CAJA	RD	RD\$7,936.40	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$7,936.40
11		PROTEINA TOTAL 2*250ML	1	CAJA	RD	RD\$1,646.46	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$1,646.46
12		PT SPIN 4ML C/VIAL	2	CAJA	RD	RD\$2,681.79	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$5,363.58
13		CREATININA J 3*40 ML 3*40ML	4	CAJA	RD	RD\$10,770.21	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$43,080.84
14		MAGNESIO BLUE 6*30ML SPIN	3	CAJA	RD	RD\$6,665.63	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$19,996.89
15		FOSFATASA ALCALINA 20*3ML	1	CAJA	RD	RD\$2,597.50	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$2,597.50
16		CALCIO ARSENASO III 6*40ML	3	CAJA	RD	RD\$8,179.70	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$24,539.10
17		APTT	1	CAJA	RD	RD\$2,848.92	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$2,848.92
18		COLESTEROL HDL DIRECTO 4*30ML*2*20	2	CAJA	RD	RD\$28,291.59	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$56,583.18
19		GLUCOSA 6*40ML	4	CAJA	RD	RD\$7,362.55	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$29,450.20
20		GPT/ALT 4*40ML /2*20ML	2	CAJA	RD	RD\$13,048.44	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$26,096.88
21		COLESTEROL 6*40ML	2	CAJA	RD	RD\$7,690.10	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$15,380.20
Observación:						Total S/ITBIS RDS		RD\$494,162.41	
						FLETE		RD\$ -	
						DESCUENTO		RD\$ -	
						Total ITBIS RDS		RD\$3,612.92	
						Total RDS		RD\$ 497,775.33	

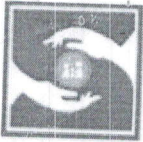
FIRMAS RESPONSABLES:

PAG. 1/1

Enc. Unidad de Compras  
Santiago, R. D.

HOSPITAL REGIONAL  
JOSÉ MARÍA CABRAL Y BAEZ  
RNC 402064319  
ADMINISTRACION  
Administración

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE SANTIAGO  
DIRECTOR GENERAL  
Santiago, R. D.  
Director General



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1056**

Santiago de los Caballeros.

**Al** : **Dr. Bernardo Hilario**  
Director General

**Vía** : **Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General

**Asunto** : Solicitud Autorización de Compra

**Fecha** : **09 DE AGOSTO 2023.**

Distinguido Señor Director:

Cortésmente, por medio de la presente hacemos la solicitud de autorización para:

2.00 CAJA.FOSFORO UV/6\*30ML BS  
3.00 CAJA.UREA -LQGLD 4\*40/2\*0ML  
3.00 CAJA.TRIGLICERIDOS 6\*4ML  
2.00 CAJA.GOT/AST 4\*40ML /2\*20ML  
2.00 CAJA.TUBOS ERITRO TAPVAL EQUIPOS ERITRO  
9.00 CAJA.CD80 DETERGENTE 2LT BS -400  
1.00 CAJA.CALIBRADORES 10\*3ML  
1.00 CAJA.ALBUMINA BCG COLOR 6\*40ML  
1.00 CAJA.SPINTROL H PATOLOGICO 4\*5ML  
1.00 CAJA.SPINTRL H NORMAL  
1.00 CAJA.PROTEINA TOTAL 2\*50ML

2.00 CAJA.PT SPIN 4ML C/VIAL  
4.00 CAJA.CREATININA J 3\*40 ML 3\*40 ML  
3.00 CAJA.MAGNESIO BLUE 6\*30ML SPIN  
1.00 CAJA.FOSFATASA ALCALINA 20\*3ML  
3.00 CAJA.CALCIO ARSENASO III 6\*40ML  
1.00 CAJA.APTT  
2.00 CAJA.COLESTEROL HDL DIRECTO 4\*30ML \*2\*20  
4.00 CAJA.GLUCOSA 6\*40ML  
2.00 CAJA.GPT/ALT 4\*40ML/2\*20ML  
2.00 CAJA.COLESTEROL 6\*40ML

Solicitado mediante la comunicación de fecha **02/08/2023** suscrita por la **LIC. LADY M. PEREZ,**  
**encargada de Almacén de Farmacia.**

Quedando a la espera de atención y aprobación, sin otro particular

  
**Lic. Carmen Méndez**  
Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB

**Anexos:** Certificado de fondos, Aprobación Presupuestaria, Solicitud de Compra o Contratación, Requerida



**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**  
**“Año de la Innovación y la Competitividad”**

09 DE AGOSTO DEL 2022 ✓

Señores:  
Ministerio de Salud Pública  
Santo Domingo, D.N. Rep. Dom.

Distinguidos señores:

Por medio de la presente tenemos a bien comunicarles, que el distribuidor **ALMANZAR ESTEVEZ S.R.L.** tiene instalado en este hospital las maquinarias para realizar pruebas de laboratorios; las cuales funcionaran con los reactivos que los mismos proveen, razón por lo cual no anexamos cotizaciones de acuerdo al monto de la factura y la escala aplicada.

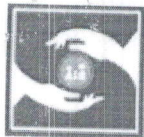
Sin otro particular, queda de ustedes,

Atentamente,



*Lic. Carmen Mendez*  
**Lic. Carmen Mendez**  
Encargada de Compras  
HJMCB





**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1027**  
Santiago de los Caballeros.

**Al** : **Dr. Bernardo Hilario**  
Director General

**Vía** : **Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General

**Asunto** : Solicitud Autorización de Compra

**Fecha** : **03 DE AGOSTO 2023**

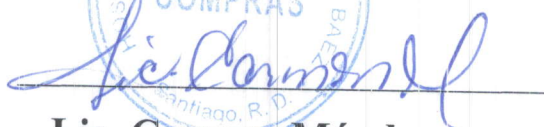
Distinguido Señor Director:

Cortésmente, por medio de la presente hacemos la solicitud de autorización para

4.00 CAJA.STA CUVETTES 6\*220  
3.00 CAJA.STA COAG CONTROL N+P  
2.00 CAJA.STA CLEANER SOLUTION  
1.00 CAJA.STA STA DESORB U  
4.00 CAJA.STA PTT AUTOMATE 5  
10.00 CAJA.STA NEOPTIMAL 5  
2.00 CAJA.BARRETTE 4 CUVE \*150 TRANSPAR  
1.00 CAJA.COAG CONTROL N+P  
3.00 CAJA.NEOPLASTINE CL+5  
2.00 CAJA.CK PREST 2  
1.00 CAJA.FLACON DE 1850 BILLES  
1.00 CAJA.AGITADOR MAGNETICO BLANCO \*1

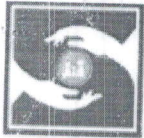
Solicitado mediante la comunicación de fecha **01/08/2023** suscrita por la **LIC. LADY M. PEREZ,**  
**encargada de Almacén de Farmacia.**

Quedando a la espera de atención y aprobación, sin otro particular

  
COMPRAS  
HOSPITAL REGIONAL JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ  
Santiago, R. D.

**Lic. Carmen Méndez**  
Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB

**Anexos:** Certificado de fondos, Aprobación Presupuestaria, Solicitud de Compra o Contratación, Requerida



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**CERTIFICACION DE EXISTENCIA DE FONDO**

**REQUERIMIENTO: UNIDAD DE APERTURA DE COMPRAS**

**FECHA: 01 DE AGOSTO DEL 2023**

Yo, **LICDA. ARELIS GARCIA VARGAS**, en mi calidad de Administradora General del **HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ (HJMCB)**.

**CERTIFICO:**


Que esta Administración General cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año **2023**, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (Agosto 2023) para la adquisición a continuación:

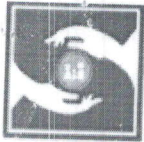
- 4.00 CAJA.STA CUVETTES ✓
- 3.00 CAJA.STA GOAG CONTROL N+P ✓
- 2.00CAJA.STA CLEANER SOLUTION ✓
- 1.00 CAJA.STA DESORB U ✓
- 4.00 CAJA.STA PTT AUTOMATE 5 ✓
- 10.00 CAJA.STA NEOPTIMAL ✓
- 2.00 CAJA.CUBETA BARRET ✓
- 1.00 CAJA.GOAG CONTROL N+P (E) ✓
- 3.00 UND.NEOPLASTINE CI + 5 (E) ✓
- 2.00 CAJA.CK PREST 2 (E) ✓
- 1.00 UND.FLACON DE 1850 BILLES ✓
- 1.00 AGITADOR MAGNETICO BLANCO ✓

**PRESUPUESTO: Trecientos setenta mil pesos (RD\$370,000.00)** ✓

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

  
**Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General  
HJMCB



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1027**  
**Santiago de los Caballeros.**

**A: Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora.  
HJMCB

**Asunto:** Solicitud Certificado de Fondos.

**Fecha:** 01 DE AGOSTO DEL 2023

**Distinguida Señora Administradora:**

Cortésmente estamos solicitando sea expedido el certificado de fondos por el valor de **RD\$370,000.00** (Trecientos setenta mil pesos), para la compra de **REACTIVO DE LABORATORIO**, solicitado mediante comunicado de fecha 01/08/2023, suscrita por **LIC. LADY M. PEREZ**, encargada del **Almacén del Farmacia**.

No.	Monto RDS	Tipo de Compra	No. De Autorización	Artículo
01	RD\$370,000.00	Compra Menor	Oficio M/F 01/08/2023	<b>COMPRA REACTIVO DE LABORATORIO</b>

Agradeciendo su atención y sin otro particular, atentamente,



**Lic. Carmen Méndez**

Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB



**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL & BAEZ**  
C/27 DE FEBRERO, ESQ. SABANA LARGA, SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
Tel.: (809)242-8929 RNC: 402064319

**SOLICITUD DE COMPRA O CONTRATACION**  
**Unidad de Compras y Contrataciones**

**Requisicion No:** AFRC2 00000000552

**FECHA:**01/08/2023 12:06 pm

**Rubro:** 41120000SUMINISTROS Y ACCESORIOS DE LABORATORIOS

**Codigo presupuestario:** 23-72-03

**Sec. Compra:** HRUJMCB-UC-CM-2022-1027

**Objeto compra:** LABORATORIO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Unidad de Medida
LAB0458	BALINES	1.00	UND
LAB0073	FLACON DE 1850 BILLES	1.00	UND
LAB0586	STA CUVETTES	4.00	C
LAB0026	CK PREST 2 (E)	2.00	C
LAB0098	NEOPLASTINE CI + 5 (E)	3.00	UND
LAB0027	COAG CONTROL N+P (E)	1.00	C
LAB0587	STA NEOPTIMAL	10.00	C
LAB0588	STA PTT AUTOMATE 5	4.00	C
LAB0156	CUBETA BARRET	2.00	C
LAB0590	STA COAG CONTROL N + P	3.00	C
LAB0591	STA CLEANER SOLUTION	2.00	C



*[Handwritten signature]*

**Responsable de la Unidad de Compras y Contrataciones**

**Observaciones:**



**Orden de Compra**  
**Servicio Nacional de Salud**  
**Hospital Regional José María Cabral y Baéz**

No. EXPENDIENTE  
**HJM CB-CCC-CM-2023-1051**

8-8-2023

ALM.566

No. De Orden: **HJM CB-2023-1692**

Descripción: **REACTIVO DE LABORATORIO**

Modalidad de Compras: **COMPRA MENOR**

Datos del Proveedor:

Razon Social: **CRUZ AYALA SRL**

RNC: 101140496

Nombre Comercial: **CRUZ AYALA SRL**

Telefono: 809-582-7470

Domicilio Comercial: **CALLE 5 NO. 67 JARDINES METROPOLITANOS**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0% Modalidad de pago: **CREDITO**

Total: **RD\$1,199,236.00**

**Detalle**

Item	Codigo	Descripcion	Cant.	Unid. de Medida	Moneda	Precio unit/ITBIS	Imp Moneda Orig/ITBIS	ITBIS Total Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1		MR ANTI -HCV (CLIA) 2X50T REF ANTI -HCV 111	30	UND	RD	RD\$15,000.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$450,000.00
2		NON-CE MR HBSAG KIT (CLIA) 2X50T	30	UND	RD	RD\$12,500.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$375,000.00
3		NON -CE MR HIV (CLIA) 2X50T	8	UND	RD	RD\$18,250.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$146,000.00
4		NON-CE MR ANTI -HBC (CLIA) EN 2X50T	8	UND	RD	RD\$12,000.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$96,000.00
5		MR SUBSTRATE SOLUTION REF CS512	6	UND	RD	RD\$7,200.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$43,200.00
6		MR WASH BUFFER 1X10L	15	UND	RD	RD\$2,500.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$37,500.00
7		MR REACTION CUVETTE 88 UDS CL-1000I,L200I,L900I,L920I,L60I,L980	80	UND	RD	RD\$440.00	RD\$79.20	RD\$6,336.00	RD\$35,200.00
8		MR PROBE CLEANSER 50ML (DETERGENTE C CL 900I/BC-5390/BC-6200/BC-700 SERIES /BC -6800	16	UND	RD	RD\$625.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$10,000.00

Observación:

Total S/ITBIS RD\$	<b>RD\$1,192,900.00</b>
FLETE	
DESCUENTO	<b>RD\$0.00</b>
Total ITBIS RD\$	<b>RD\$6,336.00</b>
Total RD\$	<b>RD\$1,199,236.00</b>

FIRMAS RESPONSABLES:

PAG. 1/1

**Enc. Unidad de Compras**

**Administración**

**Director General**



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1051**

Santiago de los Caballeros.

**Al** : **Dr. Bernardo Hilario**  
Director General

**Vía** : **Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General

**Asunto** : Solicitud Autorización de Compra

**Fecha** : **08 DE AGOSTO 2023.**

Distinguido Señor Director:

Cortésmente, por medio de la presente hacemos la solicitud de autorización para

**30.00 UND.MR ANTI-HCV (CLIA) 2X50T REF ANTI –HCV 111**  
**30.00 UND.NON-CE MR HBSAG KIT (CLIA) 2X50T**  
**8.00 UND.NON-CE MR HIV (CLIA) 2X50T**  
**8.00 UND.NON-CE MR ANTI-HBC (CLIA) EN 2X50T**  
**6.00 UND.MR SUBSTRATE SOLUTION REF CS512**  
**15.00 UND.MR WASH BUFFER 1X10L**  
**80.00 UND.MR REACTION CUVETTE 88 UDS CL-1000I, L200I, L900I, L920I, L60I, L980**  
**16.00 UND.MR PROBE CLEANSER 50ML (DETERGENTE C CL 9001/BC-5390/BC-6200/BC-700 SERIES /BC-6800**

Solicitado mediante la comunicación de fecha **02/08/2023** suscrita por la **LIC. LADY M. PEREZ,** encargada de Almacén de Farmacia.

Quedando a la espera de atención y aprobación, sin otro particular

  
**Lic. Carmen Méndez**

Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB

**Anexos:** Certificado de fondos, Aprobación Presupuestaria, Solicitud de Compra o Contratación, Requerida



Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.  
"Año de la Innovación y la Competitividad"

08 DE AGOSTO DEL 2023

Señores:  
Ministerio de Salud Pública  
Santo Domingo, D.N. Rep. Dom.

Distinguidos señores:

Por medio de la presente tenemos a bien comunicarles, que el distribuidor **CRUZ AYALA SRL** tiene instalado en este hospital las maquinarias para realizar pruebas de laboratorios; las cuales funcionan con los reactivos que los mismos nos proveen, razón por lo cual no anexamos cotizaciones de acuerdo al monto de la factura y la escala aplicada.

Sin otro particular, queda de ustedes,

Atentamente,

  
*Lic. Carmen Méndez*  
Lic. Carmen Méndez  
Encargada de Compras  
HRUJMCB



Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.

CERTIFICACION DE EXISTENCIA DE FONDO

REQUERIMIENTO: UNIDAD DE APERTURA DE COMPRAS

FECHA: 02 DE AGOSTO DEL 2023

Yo, LICDA. ARELIS GARCIA VARGAS, en mi calidad de Administradora General del HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ (HJMCB).

CERTIFICO:

Que esta Administración General cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año **2023**, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (Agosto 2023) para la adquisición a continuación:

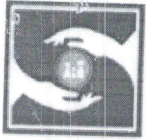
- 30.00 CAJA.MR ANTI HCV CLIA ✓
- 30.00 CAJA.MR ANTI HBSAG KIT CLIA ✓
- 8.00 CAJA.MR HIV CLIA ✓
- 8.00 UND.MR HBCAB CLIA ✓
- 6.00 CAJA.MR SUBSTRATO SOLUTION ✓
- 15.00 UND.MR WASH BUFFER CLIA ✓
- 80.00 CAJA.MR REACTION CUVETTE FOR CLIA ✓
- 16.00 CAJA.MR DETERGENTE CLIA ✓

PRESUPUESTO: Un millón doscientos mil pesos (RD\$1, 200,000.00) ✓

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

  
**Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General  
HJMCB



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1051**  
**Santiago de los Caballeros.**

**A: Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora.  
HJMCB

**Asunto:** Solicitud Certificado de Fondos.

**Fecha:** 02 DE AGOSTO DEL 2023

**Distinguida Señora Administradora:**

Cortésmente estamos solicitando sea expedido el certificado de fondos por el valor de **RDS\$1,200,000.00 (Un millón doscientos mil pesos)**, para la compra de **REACTIVO DE LABORATORIO**, solicitado mediante comunicado de fecha 02/08/2023, suscrita por **LIC. LADY M. PEREZ**, encargada del **Almacén del Farmacia**.

No.	Monto RDS	Tipo de Compra	No. De Autorización	Artículo
01	RDS\$1,200,000.00	Compra Menor	Oficio M/F 02/08/2023	<b>COMPRA REACTIVO DE LABORATORIO</b>

Agradeciendo su atención y sin otro particular, atentamente,



*Lic. Carmen Méndez*

**Lic. Carmen Méndez**  
Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB



**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL & BAEZ**  
C/27 DE FEBRERO, ESQ. SABANA LARGA, SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
Tel.: (809)242-8929 RNC: 402064319

**SOLICITUD DE COMPRA O CONTRATACION**  
**Unidad de Compras y Contrataciones**

Requisicion No: AFRC2 000000000566

FECHA:02/08/2023 11:09 am

Rubro: 41120000SUMINISTROS Y ACCESORIOS DE LABORATORIOS

Codigo presupuestario: 23-72-03

Sec. Compra: HRUJMCB-UC-CM-2023-1051

Objeto compra: LABORATORIO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Unidad de Medida
LAB0532	MR ANTI HCV CLIA	30.00	C
LAB0533	MR ANTI HBSAG KIT CLIA	30.00	C
LAB0534	MR HIV CLIA	8.00	C
LAB0535	MR ANTI HBCAB CLIA	8.00	C
LAB0536	MR SUBSTRATO SOLUTION	6.00	C
LAB0537	MR WASH BUFFER CLIA	15.00	C
LAB0538	MR REACTION CUVETTE FOR CLIA	80.00	C
LAB0539	MR DETERGENTE CLIA	16.00	C

Observaciones:



Responsable de la Unidad de Compras y Contrataciones



**Orden de Compra**  
**Servicio Nacional de Salud**  
**Hospital Regional José María Cabral y Baéz**

No. EXPENDIENTE  
**HJMCB-CCC-CM-2023-1067**  
 11-8-2023

ALM .582

No. De Orden: **HJMCB-2023-1764**  
 Descripción: **MEDICAMENTO**

Modalidad de Compras: **COMPRA MENOR**

**Datos del Proveedor:**

Razon Social: **SI EN SALUD ,SRL** RNC: 131466664  
 Nombre Comercial: **SI EN SALUD , SRL** Telefono: 809-788-0723  
 Domicilio Comercial: C/12 NO.16,VISTA HERMOSA SANTO DOMINGO ESTE RD  
 Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0% Modalidad de pago: **CREDITO**  
 Total: **RD\$699,000.00**

Detalle									
Item	Codigo	Descripcion	Cant.	Unid. de Medida	Moneda	Precio unit/ITBIS	Imp Moneda Orig/ITBIS	ITBIS Total Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1		MEROPENEM 1G	3000	VIAL	RD	RD\$199.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$597,000.00
2		METRONIDAZOL INF 500MG /100ML	3000	UND	RD	RD\$34.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$102,000.00
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

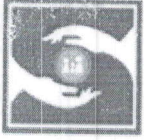
Observación:	Total S/ITBIS RD\$	<b>RD\$699,000.00</b>
	FLETE	RD\$ -
	DESCUENTO	RD\$ -
	Total ITBIS RD\$	RD\$ -
	Total RD\$	<b>RD\$ 699,000.00</b>

FIRMAS RESPONSABLES: PAG. 1/1

**Enc. Unidad de Compras**  
 Santiago, R. D.

**Administración**

**Director General**



**Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1067**  
Santiago de los Caballeros.

**Al** : **Dr. Bernardo Hilario**  
Director General

**Vía** : **Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General

**Asunto** : Solicitud Autorización de

**Fecha** : 11 DE AGOSTO DEL 2023.

Distinguido Señor Director:

Cortésmente, por medio de la presente hacemos la solicitud de autorización para:

**3000.00 VIAL.MEROPENEM 1G**  
**3000.00 UND.METRONIDAZOL INF 500MG/100ML**

Solicitado mediante la comunicación de fecha **07/08/2023** suscrita por la **LIC. LADY M. PEREZ,** encargada de Almacén de Farmacia.

Quedando a la espera de atención y aprobación, sin otro particular



**Lic. Carmen Méndez**

Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB

**Anexos:** Certificado de fondos, Aprobación Presupuestaria, Solicitud de Compra o Contratación, Requerida



**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**  
**“Año de la Innovación y la Competitividad”**  
**Acta Simple Compras Menores**

Siendo las 3:00 PM. del 11 del mes de abril del año 2023, y de conformidad con las disposiciones en la ley 340-06 sobre compras y contrataciones de bienes, servicios, obras, concesiones, modificadas por la ley No. 449-06, su reglamento de aplicación NO. 543-12 y el manual de procedimientos, la dirección de compras y contrataciones de la MISPAS, sobre la modalidad de compras menores procedimos a dar apertura a las ofertas recibidas hasta la fecha, para el suministro de medicamento en la solicitud de fecha 07/08/2023 correspondiente al almacén de farmacia de este Hospital José María Cabral y Báez, recibida en esta oficina, en fecha 07/08/2023.

Luego de evaluar y analizar las ofertas, en el orden que fueron recibidas, las cuales corresponden a los suplidores siguientes:

	Oferentes	Monto ofertado RD\$
1	<b>SI EN SALUD , SRL</b>	699,000.00 ✓
2	<b>HEXAPOWER PHARMA , SRL</b>	1,155,000.00
3	<b>FRIFARMA SRL</b>	4,793,250.00 ✓

Tomando en cuenta las especificaciones técnicas requeridas y las condiciones contenidas en las ofertas evaluadas decidimos adjudicar la compra por un monto de **RD\$ 699,000.00** a la empresa , **SI EN SALUD SRL** la cual, en condiciones similares, es la que ofrece un mejor precio y todo lo que requerimos, en base a los artículos referidos.

Dado en Santiago de los Caballeros a los 11 días del mes de abril 2023

  
**Licda. Carmen Méndez**  
Encargada de Compras  
HRUIMCB

Atentamente,

  
**Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General  
HRUIMCB





**Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**CERTIFICACION DE EXISTENCIA DE FONDO**

**REQUERIMIENTO: UNIDAD DE APERTURA DE COMPRAS**

**FECHA: 07 DE AGOSTO DEL 2023**

Yo, **LICDA. ARELIS GARCIA VARGAS**, en mi calidad de Administradora General del **HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ (HJMCB)**.

**CERTIFICO:**

Que esta Administración General cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año **2023**, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (Agosto 2023) para la adquisición a continuación:

**3000.00 UND.MEROPENEM 1 G POLVO PARA INY VIAL**

**3000.00 UND.METRONIDAZOL 500MG FCO**

**PRESUPUESTO: Setecientos mil pesos (RD\$700,000.00)**

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



**Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General  
HJMCB

No. EXPEDIENTE

HJMCB-UC-CM-2023-1067

No. DOCUMENTO

HJMCB-UC-CM-2023-1067



Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.

HJMCB-2023-1067  
Santiago de los Caballeros.

A: **Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora.  
HJMCB

Asunto: Solicitud Certificado de Fondos.


Fecha: 07 DE AGOSTO DEL 2023

Distinguida Señora Administradora:

Cortésmente estamos solicitando sea expedido el certificado de fondos por el valor de **RDS700,000.00** (Setecientos mil pesos), para la compra de **MEDICAMENTO**, solicitado mediante comunicado de fecha 07/08/2023, suscrita por **LIC. LADY M. PEREZ**, encargada del **Almacén del Farmacia**.

No.	Monto RDS	Tipo de Compra	No. De Autorización	Artículo
01	RDS700,000.00	Compra Menor	Oficio M/F 07/08/2023	<b>COMPRA MEDICAMENTO</b>

Agradeciendo su atención y sin otro particular, atentamente,

  
**Lic. Carmen Méndez**  
Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB



**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL & BAEZ**  
C/27 DE FEBRERO, ESQ. SABANA LARGA, SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
Tel.: (809)242-8929 RNC: 402064319

**SOLICITUD DE COMPRA O CONTRATACION**  
**Unidad de Compras y Contrataciones**

**Requisicion No:** AFRC2 00000000582

**FECHA:**07/08/2023 9:21 am

**Rubro:** 51100000 MEDICAMENTOS ANTINFECCIOSOS

**Codigo presupuestario:** 23-41-01

**Sec. Compra:** HRUJMCB-UC-CM-2023-1067

**Objeto compra:** MEDICAMENTOS

Codigo	Descripcion	Cantidad	Unidad de Medida
F000361	MEROPENEM 1 g POLVO PARA INYECCION VIAL ✓	3,000.00	UND
F002058	METRONIDAZOL 500 mg FRASCO ✓	3,000.00	UND
F000105	CEFTRIAZONA 1 gr FRASCO	3,000.00	UND

**Observaciones:**



**Responsable de la Unidad de Compras y Contrataciones**



**Orden de Compra**  
**Servicio Nacional de Salud**  
**Hospital Regional José María Cabral y Baéz**

No. EXPEDIENTE  
**HJMCB-CCC-CM-2023-1061**  
 8-8-2023

ALM. 576  
 No. De Orden: **HJMCB-2023-1690**  
 Descripción: **REACTIVO DE LABORATORIO**

Modalidad de Compras: **COMPRA MENOR**  
 Datos del Proveedor:

Razon Social: **BIONUCLEAR** RNC: 10-01-07058-7  
 Nombre Comercial: **BIO NUCLEAR** Telefono: 809-580-1870  
 Domicilio Comercial: AV. TIRADENTES 74, ENSANCHE LA FE, STGO. DGO. REP DOM

Datos Generales del Contrato  
 Anticipo: 0% Modalidad de pago: **CREDITO**  
 Total: **RD\$687,355.15**

Item	Codigo	Descripcion	Cant.	Unid. de Medida	Moneda	Precio unit/ITBIS	Imp Moneda Orig/ITBIS	ITBIS Total Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1		SYSMEX XN CELLPACK DCL 20L(XN/XNL)BRAZIL	14	CAJA	RD	RD\$11,650.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$163,100.00
2		MS INOCULADORES P/24	1	CAJA	RD	RD\$22,479.60	RD\$4,046.33	RD\$4,046.33	RD\$22,479.60
3		SYSMEX CELLPACK 20L(KX/XP/XS/XT)BRAZIL	10	CAJA	RD	RD\$6,557.10	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$65,571.00
4		SYSMEX XN FLUOROCCELL WDF 2*42ML (XN/XN-L)J	2	CAJA	RD	RD\$11,596.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$23,192.00
5		SYSMEX XN LYSERCELL WDF 5L (XN/XN-L)	2	CAJA	RD	RD\$6,845.30	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$13,690.60
6		SYSMEX XN LYSERCELL WNR 5L	3	CAJA	RD	RD\$5,404.30	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$16,212.90
7		STROMATOLYZER -WH (KX21/XP-300)**1FCO/500ML	3	CAJA	RD	RD\$6,223.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$18,669.00
8		SYSMEX STROMATOLYZER 4DL (XE/XT/XS)5L	2	CAJA	RD	RD\$13,329.80	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$26,659.60
9		SYSMEX STROMATOLYZER 4DS (XE/XT/XS)3*42ML	1	CAJA	RD	RD\$26,298.80	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$26,298.80
10		SYSMEX SULPOLYZER (XT/XE/XS/XN/XN-L)5L	1	CAJA	RD	RD\$12,026.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$12,026.00
11		MS PANEL NEG BREAKPOINT COMBO 84	12	CAJA	RD	RD\$9,143.20	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$109,718.40
12		SYSMEX XN CELLCLEAN AUTO 20*4ML	1	CAJA	RD	RD\$9,495.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$9,495.00
13		PAPEL TERMICO 2 1/4 KX, C50,BFT2 ,BTS-350 AUTION	25	UND	RD	RD\$135.30	RD\$24.35	RD\$608.85	RD\$3,382.50
14		MS PROMPT C/60	4	CAJA	RD	RD\$9,295.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$37,180.00
15		MS PANEL POS BREAKPOINT COMBO 45	6	CAJA	RD	RD\$9,143.20	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$54,859.20
16		BOLSA ROJA AUTOCLAVABLE P/DESECHOS 20GAL	2	CAJA	RD	RD\$5,619.90	RD\$1,011.58	RD\$2,023.16	RD\$11,239.80
17		JERINGUILLA HEPARINIZADA 3ML CS C/100 BD -MEX	4	CAJA	RD	RD\$6,052.20	RD\$1,089.40	RD\$4,357.59	RD\$24,208.80
18		SYSMEX XN FLUOROCCELL WNR 2*82 ML XN ]	1	CAJA	RD	RD\$12,026.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$12,026.00
19		EDAN i 15 PAPEL IMPRESORA ROLLO	10	UND	RD	RD\$119.90	RD\$21.58	RD\$215.82	RD\$1,199.00
20		CONTROL QUIMICA 2*5ML VIAL BIO RAD	12	CAJA	RD	RD\$1,037.30	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$12,447.60
21		CONTROL QUIMICA 1*5 ML VIAL BIO RAD	12	CAJA	RD	RD\$1,037.30	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$12,447.60
22									
23									
24									
25									
26									
27									

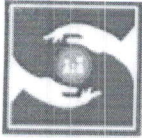
Observación:	Total S/ITBIS RDS	<b>RD\$676,103.40</b>
	FLETE	
	DESCUENTO	RD\$ -
	Total ITBIS RDS	<b>RD\$11,251.75</b>
	Total RDS	<b>RD\$ 687,355.15</b>

FIRMAS RESPONSABLES: PAG. 1/1

Enc. Unidad de Compras

Administración

Director General



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1061**

Santiago de los Caballeros.

**Al** : **Dr. Bernardo Hilario**  
Director General

**Vía** : **Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General

**Asunto** : Solicitud Autorización de Compra

**Fecha** : **08 DE AGOSTO 2023.**

Distinguido Señor Director:

Cortésmente, por medio de la presente hacemos la solicitud de autorización para

14.00 CAJA.SYSMEX XN CELLPACK DCL 20L (XN/XNL) BRAZIL	1.00 CAJA.SYSMEX XN CELLCLEAN AUTO 20*4ML
1.00 CAJA.MS INOCULADORES P/24	25.00 UND.PAPEL TERMICO 2 1/4 KX, C50, BFT2, BTS-350 AUTION
10.00 CAJA.SYSMEX CELLPACK 20L (KX/XP/XS/XT) BRAZIL	4.00 CAJA.MS PROMT C/60
2.00 CAJA.SYSMEX XN FLUOROCCELL WDF 2*42ML (XN/XN-L) J	6.00 CAJA.MS PANEL POS BREACKPOINT COMBO 45
2.00 CAJA.SYSMEX LYSERCELL WDF 5L (XN/XN-L)	2.00 CAJA.BOLSA ROJA AUTOCLAVABLE P/DESECHOS 20GAL
3.00 CAJA.SYSMEX XN LYSERCELL WNR 5L	4.00 CAJA.JERINGUILLA HEPARINIZADA 3ML CS C/100 BD -MEX
3.00 CAJA.STROMATOLYZER -WH (KX21/XP-300) **FCO/500ML	1.00 CAJA.SYSMEX FLUOROCCELL WRN 2*82 ML XN J
2.00 CAJA.SYSMEX STROMATOLYZER 4DL (XE/XT/XS) 5L	10.00 UND.EDAN 15 PAPEL IMPRESORA ROLLO
1.00 CAJA.SYSMEX STROMATOLYZER 4DS (XE/XT/XS) 5L	12.00 CAJACONTROL QUIMICA 2*5ML VIAL BIO RAD
12.00 CAJA.MS PANEL NEG BREACKPOINT COMBO 84	12.00 CAJA.CONTROL QUIMICA 1*5ML VIAL BIO RAD

Solicitado mediante la comunicación de fecha **02/08/2023** suscrita por la **LIC. LADY M. PEREZ,** encargada de Almacén de Farmacia.

Quedando a la espera de atención y aprobación, sin otro particular

  
COMPRAS  
HOSPITAL REGIONAL JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ  
Santiago, R. D.

**Lic. Carmen Méndez**

Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB

**Anexos:** Certificado de fondos, Aprobación Presupuestaria, Solicitud de Compra o Contratación, Requerida



**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**  
**“Año de la Innovación y la Competitividad”**

08 de Agosto del 2023

Señores:  
Ministerio de Salud Pública  
Santo Domingo, D.N. Rep. Dom.


Distinguidos señores:

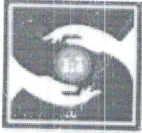
Por medio de la presente tenemos a bien comunicarles, que el distribuidor **Bionuclear** tiene instalado en este hospital las maquinarias para realizar pruebas de laboratorios; las cuales funcionan con los reactivos que los mismos nos proveen, razón por lo cual no anexamos cotizaciones de acuerdo al monto de la factura y la escala aplicada.

Sin otro particular, queda de ustedes,

Atentamente,



  
Lic. Carmen Méndez  
Encargada de Compras  
HJMCB



Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.

CERTIFICACION DE EXISTENCIA DE FONDO

REQUERIMIENTO: UNIDAD DE APERTURA DE COMPRAS

FECHA: 02 DE AGOSTO DEL 2023

Yo, LICDA. ARELIS GARCIA VARGAS, en mi calidad de Administradora General del HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ (HJM CB).

**CERTIFICO:**

Que esta Administración General cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año 2023, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (Agosto 2023) para la adquisición a continuación:


14.00 UND.SYSMEX CELLPACK DCL  
1.00 UND.MS INOCULADORES  
10.00 UND.SYSMEX CELLPACK 20L (KX/XP/XS/XT)  
2.00 UND.SYSMEX XN FLUOROCCELL WDF 2X42 MLXN-XN-L  
2.00 UND.SYSMEX XN LYSERCELL WDF -5L XN\*XN-L  
3.00 UND.SYSMEX XN LYSERCELL WNR -5L XN  
3.00 UND.SYSMEX STROMATOLYZER -WH  
2.00 UND.SYSMEX STROMATOLYZER 4DL  
1.00 UND.SYSMEX STROMATOLYZER 4DS (XE/XT/XS) 3X42ML  
1.00 UND.SYSMEX SULFOLYZER SLS 5L  
12.00 CAJA.MS PANEL NEG BREAKPOINT COMBO 84

1.00 UND.CELLCLEAN XN SERIES  
25.00 CAJA.PAPEL 2 ½ ROLLO  
4.00 CAJA.MS PROMT C/60  
6.00 CAJA.MS-PANEL POS BREAKPOINT COMBO  
2.00 CAJA.BOLSA ROJA AUTOCLAVE 19X23  
4.00 CAJA.JERINGAS DE 3CC GASES ARTERIALES  
1.00 CAJA.SYSMEX XN FLUOROCCELL WNR 2X82 ML  
10.00 UND.EDAN 15 PAPEL IMPRESORA C/12 ROLLOS  
12.00 CAJACONTROL QUIMICA 2\*5ML VIAL BIO RAD  
12.00 CAJA.CONTROL QUIMICA 1\*5ML VIAL BIO RAD

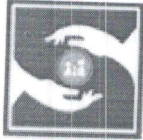
PRESUPUESTO: Seiscientos noventa mil pesos (RD\$690,000.00)

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

  
LICDA. Arelis Garcia Vargas  
Administradora General  
HJM CB

No. EXPEDIENTE  
HJM CB-UC-CM-2023-1061  
No. DOCUMENTO  
HJM CB-UC-CM-2023-1061



**Hospital Regional José María Cabral y Báez**  
**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1061**  
**Santiago de los Caballeros.**

**A: Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora.  
HJMCB

**Asunto:** Solicitud Certificado de Fondos.

**Fecha:** 02 DE AGOSTO DEL 2023

**Distinguida Señora Administradora:**

Cortésmente estamos solicitando sea expedido el certificado de fondos por el valor de **RD\$690,000.00** (Seiscientos noventa mil pesos), para la compra de **REACTIVO DE LABORATORIO**, solicitado mediante comunicado de fecha 02/08/2023, suscrita por **LIC. LADY M. PEREZ**, encargada del **Almacén del Farmacia**.

No.	Monto RDS	Tipo de Compra	No. De Autorización	Artículo
01	RD\$690,000.00	Compra Menor	Oficio M/F 02/08/2023	<b>COMPRA REACTIVO DE LABORATORIO</b>

Agradeciendo su atención y sin otro particular, atentamente,

  
**Lic. Carmen Méndez**

Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB



**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL & BAEZ**  
C/27 DE FEBRERO, ESQ. SABANA LARGA, SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
Tel.: (809)242-8929 RNC: 402064319

**SOLICITUD DE COMPRA O CONTRATACION**  
**Unidad de Compras y Contrataciones**

**FECHA:02/08/2023 11:15 am**

**Requisicion No:** AFRC2 000000000576

**Rubro:** 41120000SUMINISTROS Y ACCESORIOS DE LABORATORIOS

**Codigo presupuestario:** 23-72-03

**Sec. Compra:** HRUJMCB-UC-Cm-2023-1061

**Objeto compra:** LABORATORIO

<b>Codigo</b>	<b>Descripcion</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Unidad de Medida</b>
LAB0215	SYSMEX CELLPACK DCL	14.00	UND
LAB0035	CONTROL SYSMEX XN-L CHECK 12X3 ML	1.00	UND
F002273	SYSMEX CELLPACK 20L(KX/XP/XS/XT)	10.00	UND
LAB0382	CONTROL HEMATOLOGICO XS-1000	1.00	UND
F002274	SYSMEX XN FLUOROCELL WDF 2X42 MLXN-XN-L	2.00	UND
F002275	SYSMEX XN LYSERCELL WDF-5LXN*XN-L	2.00	UND
F002276	SYSMEX XN LYSERCELL WNR -5L XN	3.00	UND
LAB0135	SYSMEX STROMATOLYZER-WH	3.00	UND
LAB0132	SYSMEX STROMATOLYZEN 4DL	2.00	UND
F002277	SYSMEX STROMATOLYZER-4DS (XE/XT/XS) 3X42ML	1.00	UND
LAB0133	SYSMEX SULFOLYZER SLS 5L	1.00	UND
LAB0094	MS PANEL NEG BREAKPOINT COMBO 84	12.00	C
LAB0093	MS-PANEL POS BREAKPOINT COMBO	6.00	C
LAB0102	MS PEPTIDASA 30ML	1.00	UND
LAB0086	MS INOCULADORES P/240	1.00	UND
LAB0257	NIVEL 1 BIORAD	1.00	UND
LAB0258	NIVEL 2 BIORAD	1.00	UND
LAB0255	PAPEL 2 1/2 ROLLO	25.00	C
F002286	EDAN I 15 PAPEL IMPRESORA C/12 ROLLOS	1.00	UND
LAB0096	MS PROMPT C/60	4.00	C
LAB0253	JERINGAS DE 3CC GASES ARTERIALES	400.00	UND
LAB0136	SYSMEX XN FLUOROCELL WNR 2X82 ML	1.00	C
LAB0018	BOLSA ROJA AUTOCLAVABLE 19 X 23	100.00	UND
LAB0223	CELLCLEAN XN SERIES	1.00	UND
LAB0618	CONTROL SYSMEX KX	1.00	UND



**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL & BAEZ**  
C/27 DE FEBRERO, ESQ. SABANA LARGA, SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
Tel.: (809)242-8929 RNC: 402064319

**SOLICITUD DE COMPRA O CONTRATACION**  
**Unidad de Compras y Contrataciones**

**Requisicion No:** AFRC2 000000000576

**FECHA:**02/08/2023 11:15 am

**Rubro:** 41120000SUMINISTROS Y ACCESORIOS DE LABORATORIOS

**Codigo presupuestario:** 23-72-03

**Sec. Compra:** HRUJMCB-UC-Cm-2023-1061

**Objeto compra:** LABORATORIO

Codigo	Descripcion	Cantidad	Unidad de Medida
--------	-------------	----------	------------------

**Observaciones:**

**Responsable de la Unidad de Compras y Contrataciones**



**Orden de Compra**  
**Servicio Nacional de Salud**  
**Hospital Regional José María Cabral y Baéz**

No. EXPEDIENTE  
**HJMCB-CCC-CM-2023-1057**  
 9-8-2023

ALM. 572

No. De Orden: **HJMCB-2023-1701**

Descripción: **REACTIVO DE LABORATORIO**

Modalidad de Compras: **COMPRA MENOR**

Datos del Proveedor:

Razon Social: **BIONUCLEAR**

Nombre Comercial: **BIO NUCLEAR**

Domicilio Comercial: **AV .TIRADENTES 74,ENSANCHE LA FE,STGO.DGO.REP DOM**

RNC: 10-01-07058-7

Telefono: 809-580-1870

Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0% Modalidad de pago: **CREDITO**

Total: **RD\$849,936.40**

Detalle									
Item	Codigo	Descripcion	Cant.	Unid. de Medida	Moneda	Precio unit/ITBIS	Imp Moneda Orig/ITBIS	ITBIS Total Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1		AU LDH *1*40ML +1*20ML	1	CAJA	RD	RD\$13,948.20	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$13,948.20
2		AU ALBUMINA *1X29ML*	4	CAJA	RD	RD\$13,608.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$54,432.00
3		AU ALT/GPT*1X25ML*	4	CAJA	RD	RD\$21,772.80	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$87,091.20
4		AU AMILASA 4X10ML KIT	1	CAJA	RD	RD\$4,536.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$4,536.00
5		AU AST/GOT *1X25ML*	3	CAJA	RD	RD\$21,772.80	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$65,318.40
6		AU BILIRRUBINA T *1X15+1X15ML*	2	CAJA	RD	RD\$12,700.80	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$25,401.60
7		AU BUN *1X25ML+1X25ML*	5	CAJA	RD	RD\$13,608.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$68,040.00
8		AU CREATININA *1X51ML+1X51ML*	3	CAJA	RD	RD\$22,680.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$68,040.00
9		AU FOSFATASA ALCALINA *1X12ML*	1	CAJA	RD	RD\$6,804.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$6,804.00
10		AU HBA1C-D 90ML +30ML	2	CAJA	RD	RD\$56,960.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$113,920.00
11		AU HDL COLESTEROL *1X50ML+1C16.5ML*	4	CAJA	RD	RD\$11,844.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$47,376.00
12		AU BILIRRUBINA D *1*6ML	3	CAJA	RD	RD\$4,536.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$13,608.00
13		AU LIPASA + CAL , KIT	1	CAJA	RD	RD\$16,632.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$16,632.00
14		AU CALCIO *1X15ML	4	CAJA	RD	RD\$15,649.20	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$62,596.80
15		AU COLESTEROL 1*22.5ML	3	CAJA	RD	RD\$20,298.60	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$60,895.80
16		AU TRIGLICERIDOS *1X50 +1X12.5ML*	4	CAJA	RD	RD\$15,309.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$61,236.00
17		AU PROTEINA TOTAL *1X25ML +1X25ML*	2	CAJA	RD	RD\$16,443.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$32,886.00
18		AU GLUCOSA *1X25ML +1X12.5ML*	3	CAJA	RD	RD\$13,608.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$40,824.00
19		AU GGT *1*15ML+1*15ML	1	CAJA	RD	RD\$6,350.40	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$6,350.40
20									
21									
22									

Observación:	Total S/ITBIS RD\$	<b>RD\$849,936.40</b>
	FLETE	
	DESCUENTO	RD\$ -
	Total ITBIS RD\$	<b>RD\$0.00</b>
FIRMAS RESPONSABLES:		<b>RD\$ 849,936.40</b>

FIRMAS RESPONSABLES:

PAG. 1/1

**Enc. Unidad de Compras**

**Administración**

**Director General**



**Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1057**  
Santiago de los Caballeros.

**Al** : **Dr. Bernardo Hilario**  
Director General

**Vía** : **Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General

**Asunto** : Solicitud Autorización de Compra

**Fecha** : **09 DE AGOSTO 2023.**

Distinguido Señor Director:


Cortésmente, por medio de la presente hacemos la solicitud de autorización para:

1.00 CAJA.AU LDH\*1\*40ML +1\*20ML  
4.00 CAJA.AU ALBUMINA \*1X29ML  
4.00 CAJA.AU ALT/GPT\*1X25ML\*  
1.00 CAJA.AU AMILASA 4X10ML KIT  
3.00 CAJA.AU AST /GOT \*1X25ML  
2.00 CAJA.AU BILIRRUBINA T 1X15+1X15ML\*  
5.00 CAJA.AU BUN \*1X25ML + 1X25ML\*  
3.00 CAJA.AU CREATININA 1X51ML + 1X51ML  
1.00 CAJA.AU FOSFATASA ALCALINA 1X12ML  
2.00 CAJA.AU HBA1C-D90ML + 30ML

4.00 CAJA.AU HDL COLESTEROL 1X50ML + 1C16.5ML  
3.00 CAJA.AU BILIRRUBINA D \*1\*6ML  
1.00 CAJA.AU LIPASA + CAL .KIT  
4.00 CAJA.AU CALCIO \*1X15ML  
3.00 CAJA.AU COLESTEROL 1\*22.5ML  
4.00 CAJA.AU TRIGLICERIDOS \* 1X50 +1X12.5ML  
2.00 CAJA.AU PROTEINA TOTAL \* 1X25ML +1X25ML  
3.00 CAJA.AU GLUCOSA \*1X25ML + 1X12.5ML\*  
1.00 CAJA.AU GGT\*1\*15ML + 1\*15ML

Solicitado mediante la comunicación de fecha **02/08/2023** suscrita por la **LIC. LADY M. PEREZ,** encargada de Almacén de Farmacia.

Quedando a la espera de atención y aprobación, sin otro particular

  
**Lic. Carmen Méndez**  
Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB

**Anexos:** Certificado de fondos, Aprobación Presupuestaria, Solicitud de Compra o Contratación, Requerida



**Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**  
**“Año de la Innovación y la Competitividad”**

09 de Agosto del 2023

Señores:  
Ministerio de Salud Pública  
Santo Domingo, D.N. Rep. Dom.

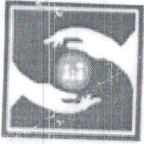
Distinguidos señores:

Por medio de la presente tenemos a bien comunicarles, que el distribuidor **Bionuclear** tiene instalado en este hospital las maquinarias para realizar pruebas de laboratorios; las cuales funcionan con los reactivos que los mismos nos proveen, razón por lo cual no anexamos cotizaciones de acuerdo al monto de la factura y la escala aplicada.

Sin otro particular, queda de ustedes,

Atentamente,

  
*Carmen Méndez*  
**Lic. Carmen Méndez**  
Encargada de Compras  
HJM CB



**Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**CERTIFICACION DE EXISTENCIA DE FONDO**

**REQUERIMIENTO: UNIDAD DE APERTURA DE COMPRAS**

**FECHA: 02 DE AGOSTO DEL 2023**

No. EXPEDIENTE

HJMCB-UC-CM-2023-1057

No. DOCUMENTO

HJMCB-UC-CM-2023-1057

Yo, **LICDA. ARELIS GARCIA VARGAS**, en mi calidad de Administradora General del **HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ (HJMCB)**.

**CERTIFICO:**

Que esta Administración General cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año **2023**, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (Agosto 2023) para la adquisición a continuación:

1.00 CAJA.AU LDH  
4.00 CAJA.AU ALBUMINA  
4.00 CAJA.AU ALT/GPT  
1.00 CAJA.AU AMILASA  
3.00 CAJA.AU AST  
2.00 CAJA.AU BILIRRUBINA TOTAL  
5.00 CAJA.AU BUN  
3.00 CAJA.AU CREATININA  
1.00 CAJA.AU FOSFATASA ALCALINA  
2.00 CAJA.AU HBA1C-D

4.00 CAJA.AU HDL COLESTEROL  
3.00 CAJA.AU BILIRRUBINA DIRECTA  
1.00 CAJA.AU LIPASA + CAL .KIT.  
4.00 CAJA.AU CALCIO  
3.00 CAJA.AU COLESTEROL  
4.00 CAJA.AU TRIGLICERIDOS  
2.00 CAJA.AU PROTEINA TOTAL  
3.00 CAJA.AU GLUCOSA  
1.00 CAJA.AU GGT

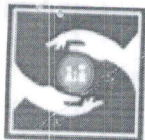
**PRESUPUESTO: Ochocientos cincuenta y cinco mil pesos (RD\$855,000.00)**

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



**Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora General  
HJMCB



**Hospital Regional José María Cabral y Báez  
Unidad Operativa de Compras y Contrataciones.**

**HJMCB-2023-1057**  
**Santiago de los Caballeros.**

**A: Licda. Arelis García Vargas**  
Administradora.  
HJMCB

**Asunto:** Solicitud Certificado de Fondos.

**Fecha:** 02 DE AGOSTO DEL 2023

**Distinguida Señora Administradora:**

Cortésmente estamos solicitando sea expedido el certificado de fondos por el valor de **RD\$855,000.00** (Ochocientos cincuenta y cinco mil pesos), para la compra de **REACTIVO DE LABORATORIO**, solicitado mediante comunicado de fecha 02/08/2023, suscrita por **LIC. LADY M. PEREZ**, encargada del **Almacén del Farmacia**.

No.	Monto RDS	Tipo de Compra	No. De Autorización	Artículo
01	RD\$855,000.00	Compra Menor	Oficio M/F 02/08/2023	<b>COMPRA REACTIVO DE LABORATORIO</b>

Agradeciendo su atención y sin otro particular, atentamente,

  
**Lic. Carmen Méndez**  
Enc. De Compras y Contrataciones  
HJMCB



**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSE MARIA CABRAL & BAEZ**  
C/27 DE FEBRERO, ESQ. SABANA LARGA, SANTIAGO DE LOS CABALLEROS  
Tel.: (809)242-8929 RNC: 402064319

**SOLICITUD DE COMPRA O CONTRATACION**  
**Unidad de Compras y Contrataciones**

**Requisicion No:** AFRC2 00000000572

**FECHA:**02/08/2023 10:16 am

**Rubro:** 41120000SUMINISTROS Y ACCESORIOS DE LABORATORIOS

**Codigo presupuestario:** 23-72-03

**Sec. Compra:** HRUJMCB-UC-CM-2022-1057

**Objeto compra:** LABORATORIO

<b>Codigo</b>	<b>Descripcion</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Unidad de Medida</b>
LAB0493	AU BILIRRUBINA DIRECTA	3.00	C
LAB0489	AU ALBUMINA	4.00	C
LAB0490	AU ALT/GPT	4.00	C
LAB0562	AU AMILASA	1.00	C
LAB0492	AU AST	3.00	C
LAB0510	AU GLUCOSA	3.00	C
LAB0494	AU BILIRRUBINA TOTAL	2.00	C
LAB0495	AU BUN	5.00	C
LAB0498	AU CREATININA	3.00	C
LAB0503	AU LDH	1.00	C
LAB0499	AU FOSFATASA ALCALINA	1.00	C
LAB0509	AU CALCIO	5.00	C
LAB0501	AU GGT	1.00	C
LAB0502	AU HBA1C-D	2.00	C
LAB0507	AU LIPASA+ CAL . KIT	1.00	C
LAB0506	AUTRIGLICERIDOS	4.00	C
LAB0497	AU COLESTEROL	3.00	C
LAB0508	AU PROTEINA TOTAL	4.00	C

**Observaciones:**

  
**Responsable de la Unidad de Compras y Contrataciones**