



	DONACIONES NO.100-01-120300072-0
	CAFETERIA NO.100-01-120-300069-0
	FONDO OPER. NO.100-01-314-000038-5
	ESPECIAL NO.100-01-120-209325-3
X	SENASA NO. 100-01-120-210595-2
	CINBIOCLI NO.100-01- 120-211159-6

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD
SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE PAGO
HRUJMCYB/UAF/0312/05/2024

FECHA:22/05/2024

PROCESOS: COMPARACION DE PRECIO

NO. PROCESO	PROVEEDOR	FACT. NO. Y/U ORDEN	SUBTOTAL RD\$	ITBIS 18%	TOTAL NETO RD\$	RET. 10%, 05% (ANTICIPO)	T. A PAGAR RD\$	CLASIFICADOR OBJETAL
442	R&R MEDIC/ CRISTINA ROSARIO	326	277,279.20	0.00	277,279.20	13,863.96	263,415.24	234101: PRODUCTOS MEDICINALES PARA USO HUMANO.
	TOTAL A PAGAR		277,279.20	0.00	277,279.20	13,863.96	263,415.24	
442	COMFASA, EIRL	451	7,150.00	0.00	7,150.00	357.50	6,792.50	234101: PRODUCTOS MEDICINALES PARA USO HUMANO.
	TOTAL A PAGAR		7,150.00	0.00	7,150.00	357.50	6,792.50	
442	GRUPO FARMACEUTICO CAR M	3277	400,000.00	0.00	400,000.00	20,000.00	380,000.00	234101: PRODUCTOS MEDICINALES PARA
	TOTAL A PAGAR		400,000.00	0.00	400,000.00	20,000.00	380,000.00	
442	GERENFAR S.R.L	0573	20,000.00	0.00	20,000.00	1,000.00	19,000.00	234101: PRODUCTOS MEDICINALES PARA USO HUMANO.
	TOTAL A PAGAR		20,000.00	0.00	20,000.00	1,000.00	19,000.00	
442	SEAN DOMINICAN, SRL	31957	1,050,000.00	0.00	1,050,000.00	52,500.00	997,500.00	234101: PRODUCTOS MEDICINALES PARA USO HUMANO.
	TOTAL A PAGAR		1,050,000.00	0.00	1,050,000.00	52,500.00	997,500.00	
442	BRENMARFA IMPORT S.R.L	3116	690,000.00	0.00	690,000.00	34,500.00	655,500.00	234101: PRODUCTOS MEDICINALES PARA
	TOTAL A PAGAR		690,000.00	0.00	690,000.00	34,500.00	655,500.00	
442	FARLUX, S.R.L	28830	40,790.00	0.00	40,790.00	2,039.50	38,750.50	234101: PRODUCTOS MEDICINALES PARA USO
	TOTAL A PAGAR		40,790.00	0.00	40,790.00	2,039.50	38,750.50	
442	MECALA IMPORTADORA SRL	13208	96,000.00	0.00	96,000.00	4,800.00	91,200.00	234101: PRODUCTOS MEDICINALES PARA USO HUMANO.
	TOTAL A PAGAR		96,000.00	0.00	96,000.00	4,800.00	91,200.00	
				0.00	0.00	0.00	0.00	
	TOTAL A PAGAR		2,581,219.20	0.00	2,581,219.20	129,060.96	2,452,158.24	

	RDS
DISPONIBLE EN FONDO	48,443,042.10
(-) TRANSFERENCIA O CHEQUE	2,452,158.24
BALANCE	45,990,883.86

REVISADO POR:
ENC. DEPTO. CONTABILIDAD

Yaniffer Casals

ENC. DEPTO. PROCESOS INTERNOS

Masiel Contreras

ENC. GESTOR DE UAI

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
PAGADO

TRANSFERENCIA NO.: _____

FECHA: _____

28

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

No. EXPENDIENTE
HJMCB-CCC-CP-2024-0442
9-4-2024

ALM .0225

No. De Orden: **HJMCB-2024-0737**
Descripción: **MEDICAMENTO**

Modalidad de Compras: **COMPARACION DE PRECIO**

Datos del Proveedor:

Razon Social: **SERVI SALUD PREMIUM SRL** RNC: 131154344
Nombre Comercial: **SERVI SALUD** Telefono: 809-544-3911
Domicilio Comercial: **AV.WINSTON CHURCHIL ESQ.PASEO LOS LOCUTORES PLAZA LAS AMERICA**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0% Modalidad de pago: **CREDITO**
Total: **RD\$10,420.00**

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		DEXAMETAZONA 4MG 2ML IM/IV	1000	UND	RD	RD\$10.42	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$10,420.00
							Total S/ITBIS RDS	RD\$10,420.00	
							FLETE	RD\$ -	
							DESCUENTO	RD\$ -	
							Total ITBIS RDS	RD\$0.00	
							Total RDS	RD\$ 10,420.00	

Observación:

RESPONSABLES:

PAG. 1/1

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BAEZ
PAGADO
TRANSFERENCIA NO.: _____
FECHA: _____



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

No. EXPENDIENTE
HJMCB-CCC-CP-2024-0442

9-4-2024

ALM 0225

No. De Orden: **HJMCB-2024-0662**
 Descripción: **MEDICAMENTO**

Modalidad de Compras: **COMPARACION DE PRECIO**

Datos del Proveedor:

Razon Social:	COMFASA EIRL	RNC:	1-2400238-9
Nombre Comercial:	COMFASA EIRL	Telefono:	809-5801171
Domicilio Comercial:	C/PASEO DE LOS NOTARIO NO.40 LOS CACIZGOS		

Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0% Modalidad de pago: **CREDITO**
 Total: **RD\$7,150.00**

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		NISTATINA 30ML (GOTA)	100	UND	RD	RD\$71.50	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$7,150.00
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
							Total S/ITBIS RD\$		RD\$7,150.00
							FLETE		RD\$
							DESCUENTO		RD\$
							Total ITBIS RD\$		RD\$
							Total RD\$		RD\$ 7,150.00

Observación:

FIRMAS RESPONSABLES: **PAG. 1/1**

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BAEZ
PAGADO
 TRANSFERENCIA NO.: _____
 FECHA: _____



[Signature]
Enc. Unidad de Compras

[Signature]
Administración

[Signature]
Director General

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

No. EXPENDIENTE
HJMCB-CCC-CP-2024-0442
9-4-2024

ALM.0225
No. De Orden: **HJMCB-2024-0661**
Descripción: **MEDICAMENTO**

Modalidad de Compras: **COMPARACION DE PRECIO**

Datos del Proveedor:

Razon Social: **GRUPO FARMACEUTICO CAR-M SRL** RNC: 130-18612-1
Nombre Comercial: **GRUFACARM** Telefono: 809-728-2224
Domicilio Comercial: **C/MARIO LOVATOH PITTALUGA NO.6**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0% Modalidad de pago: **CREDITO**
Total: **RD\$400,000.00**

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		LEVEBRAIN (LEVETIRACETAM) 500MG/5ML	1000	UND	RD	RD\$400.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$400,000.00
							Total S/ITBIS RDS		RD\$400,000.00
							FLETE		
							DESCUENTO	RD\$	-
							Total ITBIS RDS		RD\$0.00
							Total RDS	RD\$	400,000.00

Observación:

FIRMAS RESPONSABLES:

PAG. 1/1

Hospital Regional José María Cabral y Baéz
Depto. de Compras
Enc. Unidad de Compras

Hospital Regional José María Cabral y Baéz
Administración

Hospital Regional José María Cabral y Baéz
PROCESOS INTERNOS
REVISADO
MOK

Hospital Regional José María Cabral y Baéz
Dirección General
Director General

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
PAGADO
TRANSFERENCIA NO.: _____
FECHA: _____

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

No. EXPENDIENTE
HJMCB-CCC-CP-2024-0442
9-4-2024

ALM. 0225

No. De Orden: **HJMCB-2024-0665**

Descripción: **MEDICAMENTO**

Modalidad de Compras: **COMPARACION DE PRECIO**

Datos del Proveedor:

Razon Social: **GERENFAR, S.R.L**

RNC: 132-52244-3

Nombre Comercial: **GERENFAR, SREL**

Telefono: 809-616-2297

Domicilio Comercial: CALLE H NO.3 LOS CAMINOS DE ARROYO HONDO, SANTO DOMINGO R.D

Datos Generales del Contrato

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

Total: **RD\$20,000.00**

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		NITROGRAY 5MG/ML *5ML NITROGLICERINA	50	AMP	RD	RD\$400.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$20,000.00
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Observación:	Total S/ITBIS RDS	RD\$20,000.00
	FLETE	RD\$ -
	DESCUENTO	RD\$ -
	Total ITBIS RDS	RD\$0.00
	Total RDS	RD\$ 20,000.00

FIRMAS RESPONSABLES: PAG. 1/1

**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
PAGADO**
TRANSFERENCIA NO.: _____
FECHA: _____

Hospital Regional José María Cabral y Báez
**PROCESOS INTERNOS
REVISADO
NC**

Hospital Regional José María Cabral y Báez
Dirección General

Hospital Regional José María Cabral y Báez
Enc. Unidad de Compras

Hospital Regional José María Cabral y Báez
**Dpto. Administración
Administración
NC**

Director General

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

No. EXPENDIENTE
HJM CB-CCC-CP-2024-0442

9-4-2024

ALM.0225
No. De Orden: **HJM CB-2024-0663**
Descripción: **MEDICAMENTO**
Modalidad de Compras: **COMPARACION DE PRECIO**
Datos del Proveedor:

Razon Social: **SEAN DOMINICAN, SRL** RNC: 130468516
Nombre Comercial: **SEAN DOMINICAN** 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\$1,050,000.00**

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		NIRHES 200/6% INF 500ML (HIDROXETIL ALMIDON 6%)	300	UND	RD	RD\$3,500.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$1,050,000.00
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Observación:						Total S/ITBIS RDS		RD\$1,050,000.00	
						FLETE		RD\$	-
						DESCUENTO		RD\$	-
						Total ITBIS RDS		RD\$0.00	
						Total RDS		RD\$1,050,000.00	

FIRMAS RESPONSABLES: PAG. 1/1

**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
PAGADO**
TRANSFERENCIA NO.: _____
FECHA: _____



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

No. EXPENDIENTE
HJM CB-CCC-CP-2024-0442
9-4-2024

ALM.0225

No. De Orden: **HJM CB-2024-0667**
Descripción: **MEDICAMENTO**

Modalidad de Compras: **COMPARACION DE PRECIO**

Datos del Proveedor:

Razon Social: **BRENMARFA IMPORT SRL** RNC: 131007562
Nombre Comercial: **BRENMARFA IMPORT SRL** Telefono: 829-740-3078
Domicilio Comercial: **CALLE INDEPENDENCIA C/ANTONIO GUZMAN 181**

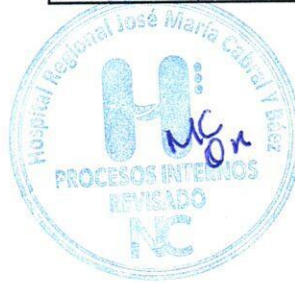
Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0% Modalidad de pago: **CREDITO**
Total: **RD\$690,000.00**

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		ENOXOPARINA 40MG 0.4ML	2000	UND	RD	RD\$345.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$690,000.00
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
Total S/ITBIS RD\$								RD\$690,000.00	
FLETE								RD\$	
DESCUENTO								RD\$	
Total ITBIS RD\$								RD\$0.00	
Total RD\$								RD\$690,000.00	

FIRMAS RESPONSABLES:

PAG. 1/1



HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
PAGADO
TRANSFERENCIA NO.: _____
FECHA: _____

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

No. EXPENDIENTE
HJM CB-CCC-CP-2024-0442
9-4-2024

ALM.0225

No. De Orden: **HJM CB-2024-0660**

Descripción: **MEDICAMENTO**

Modalidad de Compras: **COMPARACION DE PRECIO**

Datos del Proveedor:

Razon Social: **FARLUX SRL**

RNC: 13065704-1

Nombre Comercial: **FARLUX**

Telefono: 809-583-3729

Domicilio Comercial: **CALLE PENETR. COLORADO**

Datos Generales del Contrato

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

Total: **RD\$40,790.00**

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		MANITOR FCO 20% 250ML INF	200	UND	RD	RD\$179.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$35,800.00
2		DICLOFENAC 75MG 3ML AMP 1V/1M	1000	UND	RD	RD\$4.99	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$4,990.00
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
						Total s/ITBIS RDS		RD\$40,790.00	
						FLETE		RD\$	-
						DESCUENTO		RD\$	-
						Total ITBIS RDS		RD\$0.00	
						Total RDS		RD\$	40,790.00

Observación:

FIRMAS RESPONSABLES:

PAG. 1/1

**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
PAGADO**
TRANSFERENCIA NO.: _____
FECHA: _____


Enc. Unidad de Compras


Administración




Director General

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

No. EXPENDIENTE
HJM CB-CCC-CP-2024-0442
9-4-2024

ALM.0225
No. De Orden: **HJM CB-2024-0666**
Descripción: **MEDICAMENTO**

Modalidad de Compras: **COMPARACION DE PRECIO**

Datos del Proveedor:

Razon Social: **HOSPIFAR SRL** RNC: 101625589
Nombre Comercial: **HOSPIFAR SRL** Telefono: 809-533-1084
Domicilio Comercial: **CALLE PAYA NO.55 EDIFICIO PEBACA URB TROPICAL SANTO DOMINGO**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0% Modalidad de pago: **CREDITO**
Total: **RD\$34,200.00**

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		CLORPROMAZINA 25MG /2ML SANDERSON	1000	UND	RD	RD\$34.20	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$34,200.00
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
Total S/ITBIS RDS									RD\$34,200.00
FLETE								RDS	-
DESCUENTO								RDS	-
Total ITBIS RDS									RD\$0.00
Total RDS								RDS	34,200.00

Observación:

FIRMAS RESPONSABLES:

PAG. 1/1



**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
PAGADO**
TRANSFERENCIA NO.: _____
FECHA: _____

Acta de Adjudicación Proceso Comparación de precio

REFERENCIA: HJM CB-CCC-CP-2024-0442

Expediente Único: HJM CB-CCC-CP-2024-0442 para la Adjudicación de Medicamento de almacén farmacia del mes de abril .

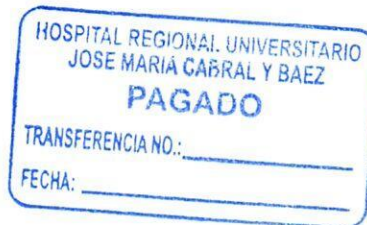
Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley no.340-06 sobre compras y contrataciones de bienes, servicios, obras y concepciones del estado y su reglamento de aplicación no.543-12

Los oferentes adjudicados fueron:

COMFASA EIRL ✓
GERENFAR , S.R.L ✓
SEAN DOMINICAN ,SRL ✓
BRENMARFA IMPORT SRL ✓
FARLUX SRL ✓
MECALA IMPORTADORA SRL ✓
HOSPIFAR SRL ✓
R & R MEDIC ✓
GRUPO FARMACEUTICO CAR-M SRL ✓
SERVI SALUD PREMIUD SRL ✓

Los oferentes participantes fueron:

BAUCOMER, SRL ✓
RONAJUS FARMACEUTICA SRL ✓
PROIMFA SRL ✓
FARACH,S.A ✓
MORAMI ,SRL ✓
A&S IMPORTADORA MEDICA SRL ✓
SI EN SALUD ,SRL ✓



Vistos, los documentos contenidos de la base para este procedimiento de selección de proveedores

Vista, la evaluación de las propuestas técnicas (sobre único)

Vistas, la evaluación de las propuestas técnicas y económicas presentadas por los oferentes que participaron.

Se emiten las siguientes resoluciones:

PRIMERA RESOLUCION: Adjudicar como al efecto a las empresas, COMFASA EIRL, GERENFAR SRL, SEAN DOMINICAN SRL, BRENMARFA IMPORT SRL, FARLUX SRL, MECALA IMPORTADORA SRL, HOSPIFAR SRL, R & R MEDIC, GRUPO FARMACEUTICO CAR-M SRL, SERVI SALUD PREMIUM SRL, para Adquisición de medicamento de almacén de farmacia del mes de abril .

Por ser los oferentes que presentaron las ofertas más convenientes para los intereses de la institución y el estado, por cumplir con las especificaciones técnicas, tiempo de entrega, precio acorde al mercado y bajo las condiciones indicadas en el documento base de este procedimiento del siguiente ítem:

COMFASA , EIRL /

ITEM	Descripción	Cantidad	Unidad De Medida	Precio Unitario Estimado	IMP Moneda ORIG/ITB IS	ITBIS total moneda ORIG	Monto
1	Nistatina 30ml	100	UND	\$ 71.50	RDS0.00	RDS0.00	RDS7,150.00

GERENFAR , SRL /

ITEM	Descripción	Cantidad	Unidad De Medida	Precio Unitario Estimado	IMP Moneda ORIG/ITB IS	ITBIS total moneda ORIG	Monto
1	Nitrogray 5mg/ml *5ml nitroglicerina	50	AMP	\$ 400.00	RDS0.00	RDS0.00	RDS20,000.00

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
PAGADO
TRANSFERENCIA NO.: _____
FECHA: _____



SEAN DOMINICAN , SRL /

ITEM	Descripción	Cantidad	Unidad De Medida	Precio Unitario Estimado	IMP Moneda ORIG/ITB IS	ITBIS total moneda ORIG	Monto
1	Nirhes 200/6% inf 500ml	300	UND	\$ 3,500.00	RDS0.00	RDS0.00	RDS1,050,000.00

BREMARFA IMPORT , SRL

ITEM	Descripción	Cantidad	Unidad De Medida	Precio Unitario Estimado	IMP Moneda ORIG/ITBIS	ITBIS total moneda ORIG	Monto
1	Enoxaparina 40mg 0.4ml	2000	UND	\$ 345.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$690,000.00 ✓

FARLUX, SRL

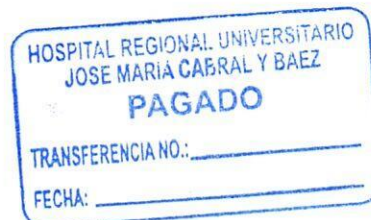
ITEM	Descripción	Cantidad	Unidad De Medida	Precio Unitario Estimado	IMP Moneda ORIG/ITBIS	ITBIS total moneda ORIG	Monto
1	Manitor fco 250ml inf	200	UND	\$ 179.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$35,800.00 ✓
2	Diclofenac 75mg 3ml	1000	AMP	\$ 4.99	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$4,990.00 ✓

MECALA IMPORTADORA , SRL

ITEM	Descripción	Cantidad	Unidad De Medida	Precio Unitario Estimado	IMP Moneda ORIG/ITBIS	ITBIS total moneda ORIG	Monto
1	Klactulosa 240mg	200	UND	\$ 480.00	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$96,000.00 ✓

HOSPIFAR , SRL

ITEM	Descripción	Cantidad	Unidad De Medida	Precio Unitario Estimado	IMP Moneda ORIG/ITBIS	ITBIS total moneda ORIG	Monto
1	Clorpromazina 25mg/2ml	1000	UND	\$ 34.20	RD\$0.00	RD\$0.00	RD\$34,200.00 ✓





R&R MEDIC , SRL ✓

ITEM	Descripción	Cantidad	Unidad De Medida	Precio Unitario Estimado	IMP Moneda ORIG/ITBIS	ITBIS total monedad ORIG	Monto
1	Fluvion 1ml(fluefenazina)	120 ✓	UND ✓	\$ 900.16 ✓	RDS0.00	RDS0.00	RDS108,019.20 ✓
2	Enoxoparina 20mg 2ml	620 ✓	UND	\$273.00 ✓	RDS0.00	RDS0.00	RDS169,260.00 ✓

GRUPO FARMACEUTICO CAR-M , SRL ✓

ITEM	Descripción	Cantidad	Unidad De Medida	Precio Unitario Estimado	IMP Moneda ORIG/ITBIS	ITBIS total monedad ORIG	Monto
1	Levebrain (levetiracetam 500mg/5ml)	1000 ✓	UND	\$ 400.00 ✓	RDS0.00	RDS0.00	RDS400,000.00 ✓

Serví salud Premium , SRL ✓

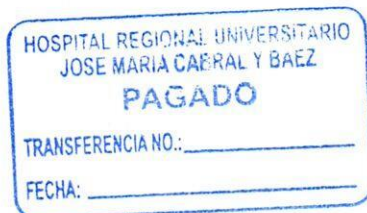
ITEM	Descripción	Cantidad	Unidad De Medida	Precio Unitario Estimado	IMP Moneda ORIG/ITBIS	ITBIS total monedad ORIG	Monto
2	Dexametazona 4mg 2ml	1000 ✓	UND	\$10.42 ✓	RDS0.00	RDS0.00	RDS10,420.00 ✓

El monto total adjudicado al proveedor, **COMFASA , EIRL ,RNC 1-2400238-9**, es de siete mil ciento cincuenta peso con 00/100 (**RDS\$7,150.00**), **GERENFAR, SRL,RNC 132-52244-3**, es de veinte mil pesos con 00/100(**RDS\$20,000.00**), **SEAN DOMINICAN,SRL ,RNC 1-30-46851-6**, es de un millón cincuenta mil peso con 00/100(**RDS\$1,050,000.00**), **BRENNARFA IMPORT SRL ,RNC 1-31-00756-2**, es seiscientos noventa mil pesos con 00/100(**RDS\$690,000.00**), **FARLUX SRL ,RNC 130-65704-1** es de cuarenta mil setecientos noventa peso con 00/100(**RDS\$40,790.00**), **MECALA IMPORTADORA SRL ,RNC 1-3054798-1** es de noventa y seis mil pesos con 00/100(**RDS\$96,000.00**), **HOSPIFAR SRL ,RNC 1-01-62558-9** es de treinta y cuatro mil doscientos pesos con 00/100(**RDS\$34,200.00**), **R & R MEDIC ,RNC 223-0115986-3** es de doscientos setenta y siete mil doscientos setenta y nueve pesos con 20/100(**RDS\$277,279.20**), **GRUPO FARMACEUTICO CAR-M SRL ,RNC 1-30-18612-1** es de cuatrocientos mil peso con 00/100(**RDS\$400,000.00**), **SERVI**



SALUD PREMIUM SRL, RNC 1-31-15434-4 es de diez mil cuatrocientos veinte peso con 00/100 (**RDS\$10,420.00**). Comunicar a la máxima autoridad de esta Dirección de información, Análisis y para que en lo que respecta a esta adjudicación de su aprobación o rechazo a la presente acta de adjudicación, así como comunicar los resultados de la compra comparación de precio indicada a los demás participantes.

Dado en la ciudad de Santiago de los caballeros, Republica Dominicana a los nueve días (09) días del mes de abril del año dos mil veinticuatro (2024)



09 de abril de 2024

HOSPITAL REGIONAL JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ

Página 1 a 3

EVALUACIÓN DE OFERTA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

Fecha	Empresa	MONTO OFERTADO	OBSERVACION
03/04/24	COMFASA , EIRL	\$7,150.00	COTIZO UN PRODUCTO DEL RUBRO SOLICITADO Y SE LE ADJUDICO.
03/04/24	GERENFAR , SRL	\$20,000.00	COTIZO UN PRODUCTO DERL RUBRO SOLICITADO Y SE LE ADJUDICO.
02/04/24	SEAN DOMINICAN , SRL	\$1,750,000.00	COTIZO DOS PRODUCTOS DEL RUBRO SOLICITADO Y SE LE ADJUDICO UN PRODUCTO.
04/04/24	BRENNARFA IMPORT, SRL	\$690,000.00	COTIZO UN PRODUCTO DEL RUBRO SOLICITADO Y SE LE ADJUDICO.
02/04/2024	FARLUX , SRL	\$40,790.00	COTIZO DOS PRODUCTO DEL RUBRO SOLICITADO Y SE LE ADJUDICARON.
02/04/24	MECALA IMPORTADORA	\$209,460.00	COTIZO CINCO PRODUCTO DEL RUBRO SOLICITADO Y SE LE ADJUDICO UNO.
02/04/24	HOSPIFAR ,SRL	\$78,065.00	COTIZO CUATRO PRODUCTOS DEL RUBRO SOLICITADO Y SE LE ADJUDICO UNO

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
 JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
PAGADO
 TRANSFERENCIA NO.: _____
 FECHA: _____

DISTRIBUCIÓN Y COPIAS
 Original 1 - Expediente de Compras
 Copia 1 – Agregar Destino



02/04/24	R&R MEDIC	\$715,055.20	COTIZO SEIS PRODUCTO DEL RUBRO SOLICITADO, Y SOLO SE LE ADJUDICO DOS.
02/04/24	GRUPO FARMACEUTICO CAR-M, SRL	\$407,000.00	COTIZO DOS PRODUCTO DEL RUBRO SOLICITADO, Y SOLO SE LE ADJUDICO UNO.
02/04/24	SERVI SALUD PREMIUM SRL	\$10,420.00	COTIZO UN PRODUCTO DEL RUBRO SOLICITADO, Y SE LE ADJUDICO
03/04/24	BAUCOMER, SRL	\$84,000.00	COTIZO UN PRODUCTO DEL RUBRO SOLICITADO, Y NO SE LE ADJUDICO POR PRECIO ELEVADO.
02/04/24	RONAJUS FARMACEUTICA SRL	\$502,000.00	COTIZO TRES PRODUCTO DEL RUBRO SOLICITADO, Y NO SE LE ADJUDICO POR PRECIO ELEVADO.
02/04/24	PROIMFA SRL	\$115,000.00	COTIZO DOS PRODUCTO DEL RUBRO SOLICITADO, NO Y SE LE ADJUDICO POR PRECIO ELEVADO.
02/04/24	FARACH, S.A	\$82,300.00	COTIZO TRES PRODUCTO DEL RUBRO SOLICITADO, NO Y SE LE ADJUDICO POR PRECIO ELEVADO.
02/04/24	MORAMI, SRL	\$3,074,000.00	COTIZO SEIS PRODUCTO DEL RUBRO SOLICITADO, NO Y SE LE ADJUDICO POR PRECIO ELEVADO.



HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ
PAGADO
 TRANSFERENCIA NO.: _____
 FECHA: _____

DISTRIBUCIÓN Y COPIAS
 Original 1 - Expediente de Compras
 Copia 1 - Agregar Destino



02/04/2024 ✓	A&S IMPORTADORA MEDICA SRL	\$712,000.00 ✓	COTIZO DOS PRODUCTO DEL RUBRO SOLICITADO, NO Y SE LE ADJUDICO POR PRECIO ELEVADO. ✓
02/04/24 ✓	SI EN SALUD , SRL	\$1,969,400.00 ✓	COTIZO DOS PRODUCTO DEL RUBRO SOLICITADO, NO Y SE LE ADJUDICO POR PRECIO ELEVADO. ✓

Concluido el presente ACTO DE REGISTRO DE INTERESADO del día nueve (09) del mes de abril del año dos mil veinticuatro (2024), se dio por terminada la sesión en fe de lo cual se levanta la presente acta, que firman todos los presentes en aprobación y conformidad con su contenido.


 Licda. Amneris Saldaña.
 Enc. Dpto. de Compras.



HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
 JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
PAGADO
 TRANSFERENCIA NO.: _____
 FECHA: _____

CERTIFICACION DE EXISTENCIA DE FONDOS

REQUERIMIENTO: UNIDAD DE APERTURA DE COMPRAS

FECHA: 01 DE ABRIL DEL 2024

Yo, LICDO. Adriano Miguel Ureña Ramos , en mi calidad de Administrador General del HOSPITAL JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ (HJMCB)

CERTIFICO:

Que esta Administración General cuenta con la debida apropiación de fondos dentro del presupuesto del presente año 2024, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (ABRIL 2024) para la adquisición a continuación:

1000.00AMP.LEVETIRACETAM 500MG
200.00UND.MANITOL 0.2INYECTABLE FRASCO *250ML
200.00FCO.LACTULOSA 240MG
50.00AMP.NITROGLICERINA 50MG
100.00GOTAS .NISTATINA 30ML
1000.00AMP.DEXAMETAZONA 4MG
1000.00AMP.DICLOFENACO SODICO 75MG
620.00UND.ENOXOPARINA 20MG/0.2ML INY JERINGA PRECARGADA
1000.00AMP.CLORPROMAZINA 25MG/2ML
120.00AMP.FLUFENAZINA DECANOATO 25MG/ML INY
2000.00UND.ENOXOPARINA 40MG/0.4ML INY JERINGA PRECARGADA
300.00UND.NIRHES 200/6%INF 500ML

PRESUPUESTO. dos millones setecientos mil pesos con 00/100 (RD\$2,700,000.00)

En ese sentido y en base al presupuesto aprobado el procedimiento de Selección a utilizar para esta compra o contratación es **Proceso de comparación de precio.**

Y para que conste, firmo la presente certificación.

Licdo. Adriano Miguel Ureña Ramos
Administrador General
HRJMCB



HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
PAGADO
TRANSFERENCIA NO.: _____
FECHA: _____

HJMCB-2024-0442
Santiago de los Caballeros.

A: Licdo. Adriano Miguel Ureña Ramos
Administrador.

HJMCB

Asunto: Solicitud Certificado de Fondos.

Fecha: 01 de abril del 2024

Distinguido Señor Administrador:

Cortésmente estamos solicitando sea expedido el certificado de fondos por el valor RD\$ 2,700,000.00 (dos millones setecientos mil pesos con 00/100), **Medicamento**, solicitado mediante comunicado de fecha 01/04/2024, suscrita por **Lic. Lady M. Perez**, encargada del Departamento de **Almacén de Farmacia**.

No.	Monto RD\$	Tipo de Compra	No. De Autorización	Articulo
01	RD\$ 2,700,000.00	Compra comparación de precio	Oficio CP/F 01/04/2024	Medicamento

Agradeciendo su atención y sin otro particular, atentamente,



Enc. Dpto. De Compras y contrataciones
HJMCB

**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
PAGADO**
TRANSFERENCIA NO.: _____
FECHA: _____

No. EXPEDIENTE
HRJMCB-UC-CP-2024-0442
No. Documento
HRJMCB-UC-CP-2024-0442

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

No. Solicitud: Alm.F. 2024/0225

1 de abril de 2024

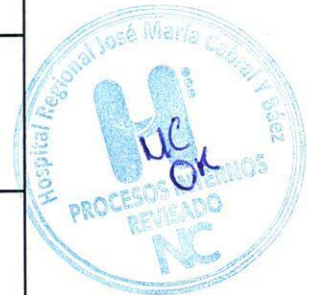
Objeto de la compra: MEDICAMENTOS

Rubro: 51210000 CATEGORIA DE MEDICAMENTOS VARIOS

Planificada: No

Item	Codigo Presupuestario	Drescripcion	Cantidad Solicitada	Unidad de Medida	Precio Unitario Estimado	Monto en RD\$
1	23-41-01	LEVETIRACETAN 500MG	1000	AMP.		\$ -
2	23-41-01	MANITOL 0.2 INYECTABLE FRASCO x 250 ml	200	AMP.		\$ -
3	23-41-01	LACTULOSA 240MG	200	FCO.		\$ -
4	23-41-01	NITROGLICERINA 50MG	50	AMP.		\$ -
5	23-41-01	NISTATINA 30ML (GOTA)	100	GOTAS		\$ -
6	23-41-01	DEXAMETAZONA 4MG	1000	AMP.		\$ -
7	23-41-01	DICLOFENACO SODICO 75 mg	1000	AMP.		\$ -
8	23-41-01	ENOXAPARINA 20 mg /0.2 ml INYECTABLE JERINGA PRECARGADA	620	AMP.		\$ -
9	23-41-01	CLORPROMAZINA 25 MG/2 ML AMPOLLA	1000	AMP.		\$ -
10	23-41-01	FLUFENAZINA DECANOATO 25 mg/ml INYECTABLE AMPOLLA x 1 ml	120	AMP.		\$ -
11	23-41-01	ENOXAPARINA 40 mg /0.4 ml INYECTABLE JERINGA PRECARGADA	2000	AMP.		\$ -
12	23-41-01	NIRHES 200/6% INF 500ml	300	AMP.		\$ -
						\$ -
					TOTAL	\$ -

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ
PAGADO
TRANSFERENCIA NO.: _____
FECHA: _____



Observaciones:

A. [Signature]

Responsable de la Unidad de Compras y Contrataciones



HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
PAGADO
TRANSFERENCIA NO.: _____
FECHA: _____

HOSPITAL REGIONAL JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
HRJM CB

FICHA TECNICA

FECHA DE CREACION: 1 de abril de 2024			
No. Art.	Nombre del Bien o Servicio	Cant.	Especificacion del Bien o servicio
1	LEVETIRACETAN 500MG	1000	AMP.
2	MANITOL 0.2 INYECTABLE FRASCO x 250 ml	200	AMP.
3	LACTULOSA 240MG	200	FCO.
4	NITROGLICERINA 50MG	50	AMP.
5	NISTATINA 30ML (GOTA)	100	GOTAS
6	DEXAMETAZONA 4MG	1000	AMP.
7	DICLOFENACO SODICO 75 mg	1000	AMP.
8	ENOXAPARINA 20 mg /0.2 ml INYECTABLE JERINGA PRECARGADA	620	AMP.
9	CLORPROMAZINA 25 MG/2 ML AMPOLLA	1000	AMP.
10	FLUFENAZINA DECANOATO 25 mg/ml INYECTABLE AMPOLLA x 1 ml	120	AMP.
11	ENOXAPARINA 40 mg /0.4 ml INYECTABLE JERINGA PRECARGADA	2000	AMP.
12	NURTES 200/6% INF 500ml	300	AMP.

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO
JOSE MARIA CABRAL Y BAEZ
PAGADO
TRANSFERENCIA NO.: _____
FECHA: _____



ENC. SERVICIO FARMACIA
LIC. ROSA E. DIAZ

