

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

No. EXPENDIENTE
HJMCB-CCC-CM-2024-299
11-3-2024

ALM. 0153
No. De Orden: **HJMCB-2024-0496**
Descripción: **REACTIVO DE LABORATORIO**
Modalidad de Compras: **COMPRA MENOR**
Datos del Proveedor:

Razon Social: **ALMANZAR Y ESTEVEZ SRL** RNC: 102319197
Nombre Comercial: **ALMANZAR Y ESTEVEZ** Telefono: 809-580-1897
Domicilio Comercial: **CALLE ARTURO GRULLON NO.26 CALLE 7**
Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0% Modalidad de pago: **CREDITO**
Total: **RD\$265,554.21**

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		GLUCOSA 6*40ML	2	CAJA	RD	RDS7,362.55	RDS0.00	RDS0.00	RDS14,725.10
2		UREA-LQGLD 4*40/2*0ML	2	CAJA	RD	RDS13,340.00	RDS0.00	RDS0.00	RDS26,680.00
3		CREATININA J 3*40ML /2*20	4	CAJA	RD	RDS10,770.21	RDS0.00	RDS0.00	RDS43,080.84
4		GOT /AST 4*40ML /2*20ML	2	CAJA	RD	RDS13,048.44	RDS0.00	RDS0.00	RDS26,096.88
5		TUBOS ERITRO TAPVAL (EQUIPO ERITRO)	200	UND	RD	RDS17.58	RDS3.16	RDS632.88	RDS3,516.00
6		CD80 DETERGENTE 2LT BS-400	10	CAJA	RD	RDS10,111.50	RDS0.00	RDS0.00	RDS101,115.00
7		GPT/ALT 4*40ML /2*20ML	2	CAJA	RD	RDS13,048.44	RDS0.00	RDS0.00	RDS26,096.88
8		COLESTEROL 6*40	1	CAJA	RD	RDS7,690.10	RDS0.00	RDS0.00	RDS7,690.10
9		FOSFATASA ALCALINA 20*3ML	1	CAJA	RD	RDS2,597.50	RDS0.00	RDS0.00	RDS2,597.50
10		SPRINTRL H NORMAL	1	CAJA	RD	RDS7,936.40	RDS0.00	RDS0.00	RDS7,936.40
11		SPINTROL H PATOLOGICO 4*5ML	1	CAJA	RD	RDS5,386.63	RDS0.00	RDS0.00	RDS5,386.63

Observación:	Total S/ITBIS RDS	RDS264,921.33
	FLETE	RDS -
	DESCUENTO	RDS -
	Total ITBIS RDS	RDS632.88
	Total RDS	RDS265,554.21

FIRMAS RESPONSABLES: PAG. 1/1

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

HOSPITAL REGIONAL JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ
PROCESOS INTERNOS REVISADO

HOSPITAL REGIONAL JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ
Administración
Depto. Administración

HOSPITAL REGIONAL JOSÉ MARÍA CABRAL Y BÁEZ
Dirección General

Enc. Unidad de Compras
Administración
Director General

HJMCB-2024-0299 ✓
Santiago de los Caballeros.

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

Vía : **Licdo. Adriano Miguel Ureña Ramos**
Administrador General

Asunto : Solicitud Autorización de Compra

Fecha : 11 de marzo del 2024. ✓

Distinguido Señor Director:

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

2.00 CAJA.GLUCOSA 6*40ML ✓
2.00 CAJA.UREA -LQGLD 4*40/2*0ML ✓
4.00 CAJA.CREATININA J 3*40ML ✓
2.00 CAJA.GOT/AST 4*40ML /2*20ML ✓
200.00 UND.TUBOS ERITRO TAPVAL (EQUIPO ERITRO) ✓ X
10.00 CAJA.CD80 DETERGENTE 2LT BS-400 ✓
2.00 CAJA.GPT/ALT 4*40ML /2*20ML ✓
1.00 CAJA.COLESTEROL 6*40ML ✓
1.00 CAJA.FOSFATASA ALCALINA 20*3ML ✓
1.00 CAJA.SPRINTRL H NORMAL ✓
1.00 CAJA.SPINTROL H PATOLOGICO 4*5ML ✓



Solicitado mediante la comunicación de fecha 29/02/2024 suscrita por la LIC. LADY M. PEREZ,
encargada de Almacén de Farmacia. ✓

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


Lic. Amneris Saldaña
Enc. De Compras y Contrataciones
HJMCB



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

Av. Sabana Larga, esquina 27 de Febrero, Santiago de los Caballeros, Rep. Dom. 809-242-8929 ext.
1073, asaldana@hospitalcabralybaez.com



CERTIFICACION DE EXISTENCIA DE FONDO

REQUERIMIENTO: UNIDAD DE APERTURA DE COMPRAS

FECHA: 29 de febrero del 2024 ✓

Yo, LICDO. ADRIANO MIGUEL UREÑA RAMOS, en mi calidad de Administrador 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 **2024**, y hace la reserva de la cuota de compromiso para el periodo (Febrero 2024) para la adquisición a continuación:

- 2.00 CAJA.GLUCOSA ✓
- 2.00 CAJA.UREA -LQ ✓
- 4.00 CAJA.CREATININA ✓
- 2.00 CAJA.AST-SP ✓
- 200.00 UND.TUBOS DE ERITROSEDIMENTACION ✓
- 10.00 CAJA.DETERGENTE CD80 ✓
- 2.00 CAJA.ALT-SP ✓
- 1.00 CAJA.COLESTEROL ✓
- 1.00 CAJA.FOSFATASA ALCALINA ✓
- 1.00 CAJA.CONTROL H NORMAL ✓
- 1.00 CAJA.CONTROL H PATOLOGICO ✓

PRESUPUESTO: Doscientos ochenta mil pesos (RD\$ 280,000.00)



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

Licdo. Adriano Miguel Ureña Ramos
Administrador General
HJMCB



HJMCB-2024-0299 ✓
Santiago de los Caballeros.

A: Licdo. Adriano Miguel Ureña Ramos
Administrador.
HJMCB

Asunto: Solicitud Certificado de Fondos.

Fecha: 29 de febrero del 2024 ✓

Distinguido Señor Administrador:

Cortésmente estamos solicitando sea expedido el certificado de fondos por el valor de RDS 280,000.00 (Doscientos ochenta mil pesos), para la compra de **Reactivo De Laboratorio**, solicitada mediante comunicado de fecha 29/02/2024, suscrita por **LIC. LADY M. PEREZ**, encargada del **Almacén del Farmacia**.

No.	Monto RDS	Tipo de Compra	No. De Autorización	Artículo
01	RDS 280,000.00 ✓	Compra Menor ✓	OFICIO CM/F 29/02/2024 ✓	COMPRA REACTIVO DE LABORATORIO ✓

Agradeciendo su atención y sin otro particular, atentamente,



Amneris Saldaña
Lic. Amneris Saldaña
Enc. De Compras y Contrataciones
HJMCB



SNCC.D.001



No. EXPEDIENTE
HRJMCB-UC-CM-2024-0299
No. Documento
HRJMCB-UC-CM-2024-0299

HRJMCB
SOLICITUD DE COMPRA O CONTRATACION
Unidad de Compras y Contrataciones

No. Solicitud: Alm.F. 2024/0153

29 de febrero de 2024

Objeto de la compra: LABORATORIO

Rubro: 41120000SUMINISTROS Y ACCESORIOS DE LABORATORIOS

Planificada: No

Item	Codigo Presupuestario	Descripcion	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada	Precio Unitario Estimado	Monto en RD\$
1	23-72-03	GLUCOSA	CAJA	2		\$ -
2	23-72-03	UREA LQ	CAJA	2		\$ -
3	23-72-03	CREATININA	CAJA	4		\$ -
4	23-72-03	AST-SP	CAJA	2		\$ -
5	23-72-03	ALT-SP	CAJA	2		\$ -
7	23-72-03	COLESTEROL	CAJA	2		\$ -
7	23-72-03	DETERGENTE CD 80	CAJA	10		\$ -
7	23-72-03	CONTROL H PATOLOGICO	CAJA	1		\$ -
7	23-72-03	CONTROL H NORMAL	CAJA	1		\$ -
7	23-72-03	TUBO DE ERITROSEDIMENTACION	UND	200		\$ -
7	23-72-03	FOSFATASA ALCALINA	CAJA	1		\$ -
TOTAL						\$ -



Observaciones:

Responsable de la Unidad de Compras y Contrataciones

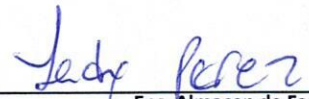


FICHA TECNICA

FECHA DE CREACION: 29 de febrero de 2024

Art.	Nombre del Bien o Servicio	Cant.	Especificación del Bien o servicio
1	GLUCOSA	2	REACTIVO PARA PREPARACION DE EQUIPOS BS640 DETERMINACION DE GLUCOSA EN SUERO HUMANO CAJA
2	UREA LQ	2	REACTIVO PARA PREPARACION DE EQUIPOS BS640 DETERMINACION DE UREA EN SUERO HUMANO CAJA
3	CREATININA	4	REACTIVO PARA PREPARACION DE EQUIPOS BS 200-380-640 DETERMINACION DE CREATININA EN SUERO HUMANO CAJA
4	ALT SP	2	REACTIVO PARA PREPARACION DE EQUIPOS BS640 DETERMINACION DE ALT EN SUERO HUMANO CAJA
5	AST SP	2	REACTIVO PARA PREPARACION DE EQUIPOS BS640 DETERMINACION DE AST EN SUERO HUMANO CAJA
7	FOSFORO	3	REACTIVO PARA PREPARACION DE EQUIPOS BS 200- 380-640 DETERMINACION DE FOSFORO EN SUERO HUMANO CAJA
8	COLESTEROL	1	REACTIVO PARA PREPARACION DE EQUIPOS BS640 DETERMINACION DE COLESTEROL EN SUERO HUMANO CAJA
9	FOSFATASA ALKALINA	1	REACTIVO PARA PREPARACION DE EQUIPOS BS640 DETERMINACION DE FOSFATASA EN SUERO HUMANO CAJA
11	DETERGENTE CD 80	10	INSUMO PARA LIMPIEZA DE EQUIPOS BS 640 DETERGENTE LIMPIADOR PARA CUBETERIAS EN ANALIZADORES QUIMICOS CAJA
12	TUBOS DE ERITROSEDIMENTACION	2	INSUMO PARA EQUIPOS LENA CAJA
13	CONTROL H PATOLOGICO	1	REACTIVO PARA PREPARACION DE EQUIPOS BS640 CONTROL PATOLOGICO PARA PRUEBAS QUIMICAS CAJA
14	CONTROL H NORMAL	1	REACTIVO PARA PREPARACION DE EQUIPOS BS640 CONTROL NORMAL PARA PRUEBAS QUIMICAS CAJA


 Enc. Servicios de Farmacia
 Lic. Rosa Díaz
SERVICIO GENERAL DE FARMACIA
 NC


 Enc. Almacen de Farmacia
 Lic. Leydi M. Perez


 Enc. Servicios de Laboratorio Clínico & Banco de Sangre
 Lic. Deysi Aguilera Abreu


 Hospital Regional José María Cabral y Báez
PROCESOS INTERNOS REVISADO
 NC


 Hospital Regional José María Cabral y Báez
 Depto. Laboratorio Clínico
 NC


 Hospital Regional José María Cabral y Báez
ALMACEN DE MEDICAMENTOS
 NC


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