

No. EXPEDIENTE

MESCYT-DAF-CD-2024-0010

Fecha de emisión: 10/4/2024

**MINISTERIO DE EDUCACION SUPERIOR, CIENCIA Y TECNOLOGIA**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **MESCYT-2024-00037**

Descripción: **ADQUISICION DE MEDICAMENTOS**

Modalidad de compras: **Compras por Debajo del Umbral**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Inversiones Torres Serrata, SRL.**

RNC: **101774967**

Nombre comercial: **Inversiones Torres Serrata, SRL.**

Domicilio comercial: **Independencia, KM 10, Bloque B, 11101 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-535-4626**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

Plazo de pago con recepción conforme: **90 días**

Monto total: **67,892.92**

Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
  
Firma  
Nombre y Apellido

  
  
Firma  
Nombre y Apellido

MESCYT-DAF-CD-2024-0010




Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit s/TTBIS	Imp Moneda Orig s/TTBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1	51161812	ACETAMENO FEN TAB. 500 MG	100.00	CAJ	6.95	695.00		0.00	0.00	695.00
2	42312313	ALCOHOL ISOPROPILICO GALON	1.00	L	1,189.60	1,189.60		214.13	0.00	1,403.73
3	42312313	ALGO SINUS X 100 CAPSULAS	150.00	L	55.00	8,250.00		0.00	0.00	8,250.00
4	51101567	ALGODOM PROZAN ZIS ZAS 112GRM	2.00	CAJ	122.90	245.80		44.24	0.00	290.04
5	51171909	ALKA SERTZER TAB /60	60.00	CAJ	46.15	2,769.00		0.00	0.00	2,769.00
6	51142106	ANGIMED TAB. X 25 SOBRES DE 4	50.00	CAJ	77.15	3,857.50		0.00	0.00	3,857.50
7	51142106	ANTIFLUDES TE X 25	75.00	CAJ	40.00	3,000.00		0.00	0.00	3,000.00
8	51142106	ARTRAN TAB 800 MG/ 100	200.00	CAJ	25.40	5,080.00		0.00	0.00	5,080.00
9	51142106	CURITAS HANSAPLAS/ 100	200.00	CAJ	3.10	620.00		0.00	0.00	620.00
10	51142106	LORATADINA TAB. / 100 ML	300.00	CAJ	28.20	8,460.00		0.00	0.00	8,460.00
11	51142106	MASCARILLAS QUIRURGICAS DE COLOR	100.00	CAJ	10.00	1,000.00		0.00	0.00	1,000.00
12	51142106	OMEPRAZOL 20/100	200.00	CAJ	21.40	4,280.00		0.00	0.00	4,280.00
13	51142106	PEPTO BISMOL JRB 8OZ	1.00	CAJ	395.05	395.05		0.00	0.00	395.05
14	51142106	PONSTAN TAB 500 MG X100	100.00	CAJ	57.65	5,765.00		0.00	0.00	5,765.00
15	51142106	PRODOM 2 MG /50 SOB.	100.00	CAJ	35.05	3,505.00		0.00	0.00	3,505.00
16	51161606	SUMIGRAN PLUS /100 TAB.	300.00	CAJ	39.00	11,700.00		0.00	0.00	11,700.00
17	53131615	WINASORB MULTI-SINTOMAS TAB. 48	72.00	CAJ	37.45	2,696.40		0.00	0.00	2,696.40
18	53131615	WINASORB ULTRA /104 TAB.	156.00	CAJ	26.45	4,126.20		0.00	0.00	4,126.20



FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

  
 Firma  
 Nombre y Apellido



  
 Firma  
 Nombre y Apellido




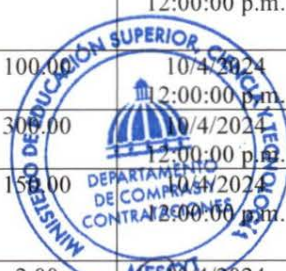
<b>Subtotal RD\$</b>	<b>67,634.55</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	258.37
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>67,892.92</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
12	OMEPRAZOL 20/100	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	200.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
13	PEPTO BISMOL JRB 8OZ	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	1.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
10	LORATADINA TAB. / 100 ML	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	300.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
11	MASCARILLAS QUIRURGICAS DE COLOR	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	100.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
14	PONSTAN TAB 500 MG X100	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	100.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
17	WINASORB MULTI-SINTOMAS TAB. 48	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	72.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
18	WINASORB ULTRA /104 TAB.	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	156.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
15	PRODOM 2 MG /50 SOB.	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	100.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
16	SUMIGRAN PLUS /100 TAB.	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	300.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
3	ALGO SINUS X 100 CAPSULAS	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	150.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
4	ALGODOM PROZAN 480 TAB.	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	2.00	10/4/2024

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

  
Firma  
  
Nombre y Apellido

  
Firma  
  
Nombre y Apellido

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	ZAS 112GRM	METROPOLITANA DO		12:00:00 p.m.
1	ACETAMENOFEN TAB. 500 MG	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	100.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
2	ALCOHOL ISOPROPILICO GALON	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	1.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
5	ALKA SERTZER TAB. /60	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	60.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
8	ARTRAN TAB 800 MG/ 100	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	200.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
9	CURITAS HANSAPLAS/ 100	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	200.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
6	ANGIMED TAB. X 25 SOBRES DE 4	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	50.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.
7	ANTIFLUDES TE X 25	AV. MAXIMO GOMEZ #31 OZAMA O METROPOLITANA DO	75.00	10/4/2024 12:00:00 p.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

*[Handwritten Signature]*  
Firma



Nombre y Apellido



*[Handwritten Signature]*  
Firma

*[Handwritten Signature]*  
Nombre y Apellido