



**HOSPITAL REGIONAL DOCENTE  
JUAN PABLO PINA**



“Año de la consolidación de la seguridad alimentaria”

**A :** **Dra. Gregoria M. Santana**  
**Directora**

**Atención :** **Licda. Dilenia M. Arias**  
**Administradora**

**Asunto :** **Solicitud de Almacén**

**Fecha :** **23 de octubre del año 2020**

Cortésmente me dirijo a ustedes después de saludarles, con la finalidad solicitarles la compra de material médico gastable para este centro de salud HRJPP. El cual será utilizado para los pacientes ingresados.

Atentamente,

**Sr. Ángel Ferreira**  
Encargado de Almacén





|                        |
|------------------------|
| No. EXPEDIENTE         |
| 0001                   |
| No. DOCUMENTO          |
| HRJPP-CCC-CD-2020-0409 |

HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA

23 de octubre de 2020

**INVITACIÓN A PRESENTAR OFERTAS**

**DEPARTAMENTO DE ALMACEN**

Estimados Señores:

SUPER FARMACIA DOMINGUEZ

**(Hospital Regional Juan Pablo Pina)**, les invita formalmente a presentar su oferta de los productos que se detalla en el anexo.

Las cotizaciones deben ser depositadas en el departamento administrativo.

La adjudicación se hará a favor del Oferente que presente la mejor propuesta y que cumpla con las especificaciones técnicas **anexas** y sea calificada como la Oferta que más convenga a la satisfacción del interés general y el cumplimiento de los fines y cometidos de la administración conforme a la calidad y precio.

La presente invitación se hace de conformidad con los Artículos Nos. 16 y 17 de la Ley No. 340-06 de fecha Dieciocho (18) de Agosto del Dos Mil Seis (2006) sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones y su posterior modificación contenida en la Ley No. 449-06 de fecha Seis (6) de Diciembre del Dos Mil Seis (2006).

La fecha límite para presentar su Oferta será el **(27/10/2020)** hasta la/s **(4:00pm)**. El Oferente deberá entregar su Oferta en sobres cerrados, debidamente identificados con la siguiente información:

**Nombre del Oferente/**

**Dirección:**

**Responsable del Procedimiento de Selección**

**Presentación: Oferta**



Los Oferentes presentarán su Oferta en moneda nacional (Pesos Dominicanos, RD\$). Asimismo deberán presentar la Garantía de Seriedad de la Oferta dentro del Sobre contentivo de la Oferta Económica "Sobre B", indicada en el Artículo No. 112 literal a) del Reglamento de Compras y Contrataciones aprobado mediante Decreto No. 543-12 de fecha seis (6) de septiembre del 2012, consistente en una **(Indicar tipo de garantía, Bancaria o póliza de fianza)**, por un importe de un uno 1% del monto total de la oferta, a disposición de la Entidad Contratante. De no presentar dicha garantía, su Oferta quedará descalificada sin más trámite.

Los Oferentes/Proponentes deberán estar inscritos en el Registro de Proveedores del Estado administrado por la **DIRECCIÓN GENERAL DE CONTRATACIONES PÚBLICAS**.

**(Hospital Regional Juan Pablo Pina)**, notificará dentro de un plazo de dos (2) días hábiles a partir de la expedición del acto administrativo de adjudicación.

Para cualquier consulta o aclaración, conforme al Cronograma de Actividades del Procedimiento de Referencia, los datos de contacto son los siguientes:

**Nombre:** Lic. Dilenia M. Arias

**Departamento:** Administración

**Nombre de la Entidad Contratante:** HRJPP

**Dirección:** SANTOME #42

**Teléfono:** 809-279-1410

**E-mail:** comprashospitaljuanpablopina@gmail.com



Lic. Dilenia M. Arias

Administradora







HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA  
**OFERTA ECONOMICA**

|                                                 |
|-------------------------------------------------|
| No. EXPEDIENTE<br><b>HRJPP-CCC-CD-2020-0409</b> |
|-------------------------------------------------|

23 de octubre del 2020

Nombre del Oferente: SUPER FARMACIA DOMINGUEZ

| Item No. | Descripcion | Unidad de Medida | Cantidad | Precio Unitario | ITBIS | Otros Impuestos | Precio Unit. |
|----------|-------------|------------------|----------|-----------------|-------|-----------------|--------------|
| 1        | GUANTES     | CAJAS            | 50       | 575.00          |       |                 | 28,750.00    |
|          |             |                  |          |                 |       |                 | -            |
|          |             |                  |          |                 |       |                 |              |
|          |             |                  |          |                 |       |                 |              |
|          |             |                  |          |                 |       |                 |              |
|          |             |                  |          |                 |       |                 |              |
|          |             |                  |          |                 |       |                 |              |
|          |             |                  |          |                 |       |                 |              |

VALOR TOTAL DE LA OFERTA: RD\$ 28,750.00

Valor total de la oferta en letras:VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS CON 00/100

nombre y apellido.....en calidad de .....debidamente autorizado para actuar en  
nombre y representación de SUPER FARMACIA DOMINGUEZ

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





SERVICIO REGIONAL DE SALUD  
VALDESIA

Orden de Compra  
HOSPITAL REGIONAL JUAN PABLO PINA

Unidad Operativa de Compras y Contrataciones

No. EXPEDIENTE

01

No. DOCUMENTO

HRJPP-CCC-CD-2020-0409

27/10/2020

No. De Orden: HRJPP-CCC-CD-2020-0409

Descripción:

Modalidad de Compras: COMPRA MENOR

Datos del Proveedor

Razón social:

Nombre Comercial: SUPER FARMACIA DOMINGUEZ

RNC: 114-01621-3

Domicilio Comercial:

San Cristobal, Rep.Dom.

TEL.: 809-528-3409

Datos Generales del Contrato

Anticipo: 0%

Modalidad de pago:

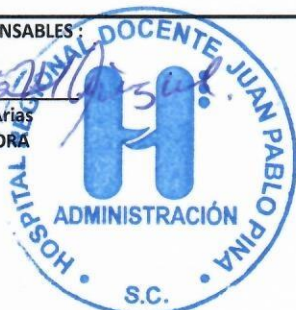
CRÉDITO

Total: RD\$

| DETALLE |        |             |          |                  | PRECIO             | ITBIS Total | Sub Total   |
|---------|--------|-------------|----------|------------------|--------------------|-------------|-------------|
| Item    | Código | Descripción | Cantidad | Unidad de Medida | UNIT. S/ITBIS      | Moneda Orig | Moneda Orig |
| 1       |        | GUANTES     | 50       | CAJAS            | 575.00             |             | 28,750.00   |
|         |        |             |          |                  |                    |             |             |
|         |        |             |          |                  |                    |             |             |
|         |        |             |          |                  |                    |             |             |
|         |        |             |          |                  |                    |             |             |
|         |        |             |          |                  |                    |             |             |
|         |        |             |          |                  |                    |             |             |
|         |        |             |          |                  |                    |             |             |
|         |        |             |          |                  | Total S/ITBIS RD\$ | \$28,750.00 |             |
|         |        |             |          |                  | Total ITBIS RD\$   |             |             |
|         |        |             |          |                  | Total RD\$         | \$28,750.00 |             |

FIRMAS RESPONSABLES:

LIC. Dilenia M. Arias  
ADMINISTRADORA



DRA. GREGORIA SANTANA  
DIRECTORA



Distribución y Copias

Original 1 - Expediente de Compras

Copia 1 - Agregar Destino

