

**AGUA DENNI, SRL**

C/ Emilia Vialoso #5, Quitasueño, Cotui  
 Tel.: (809) 240-1680 | Email: aguadenny@hotmail.com  
 RNC-130684286

**FACTURA****GUBERNAMENTAL**

Fecha: 20/5/2025

NCF: B1500001172

Válida hasta: 31/12/2025

Cliente: HOSPITAL INMACULADA CONCEPCION

Número: FAC-021731

RNC: 430038059

Hora: 09:12 AM

Dirección: C/ MELLA COTUI

Términos: CREDITO

Teléfono: (809) 585-2232

Creado por: rafael vialoso

Vendedor: ELVIN DE JESUS

00062  
0016

Código	Descripción	U/M	Cant.	Precio	% Desccto	Total
0100	AGUA DENNI BOTELLON	Uni	554.00	45.00	0.00	24,930.00
0101	AGUA DENNI BOTELLA 16 OZ	Fdo	8.00	140.00	0.00	1,120.00

Facturación correspondiente al Periodo del 20/05/2025 Al 19/06/2025

Conduces:

38228,38463,38486,38622,38649,38617,38717,38743,38759,38772,38773,38806,38813,38837,38824,38828,38909,3895

38926,

SUBTOTAL: 26,050.00

DESCUENTO: 0.00

ITBIS: 0.00

TOTAL RD\$: 26,050.00



Entregado por

Recibido por

RZ

# Factura

Calle Luperon #94 Gurabo Santiago de los Caballeros

**Teléfono(s):** 8095874605  
**Email:** servicioalcliente@hexapowerpharma.com  
**RNC** 131860028

**Factura No.** 0000011433  
**NCF** B1500001522  
**Válido Hasta** 31-12-2026  
**Fecha Emisión** 23-05-2025  
**Fecha Venc. Fact** 22-07-2025  
**Tipo Factura** CREDITO  
**Vendedor** Juan Antonio Rosario Rosario

### Datos Generales

**Cliente** HOSPITAL INMACULADA CONCEPCION  
**Contacto:** .  
**Cliente No.** 704 **Cédula / RNC** 430038059  
**Dirección** C/ 17 De Octubre Esq. Mella # 7, Los Mineros, Cotui  
**Teléfono** 8095852233

### Detalle de Productos

Descripción	Cantidad	Oferta	Precio	Importe
NORADRENALINA 2ML	600.00	0.00	300.00	180,000.00
<b>Totales</b>				<b>180,000.00</b>

<b>Comentarios</b>	<b>Monto Sub-Total</b>	180,000.00
	<b>Monto Total</b>	180,000.00



Despachado Por:

Recibido Por:

VVFACTURA\_HEXA





HEXAPOWER PHARMA, S.R.L.

## Cotización

Calle Luperon #94 Gurabo Santiago de los Caballeros

Teléfono(s): 8095874605

Email: [servicioalcliente@hexapowerpharma.com](mailto:servicioalcliente@hexapowerpharma.com)

RNC 131860028

**Cotización No.** 5192  
**Fecha Emisión** 21/05/2025 12:00  
**Tipo Factura** CREDITO  
**Vendedor** Juan Antonio Rosario Rosario  
**Orden**  
**Moneda** Pesos **Tasa** 1.00

### Datos Generales

**Cliente** HOSPITAL INMACULADA CONCEPCION

**Cliente No.** 704

**Cédula / RNC** 430038059

**Dirección** C/ 17 De Octubre Esq. Mella # 7, Los Mineros, Cotui

**Teléfono** 8095852233

**Contacto:** .

### Detalle de Productos

Referencia	Descripción	Envase	Cantidad	Precio	ITBIS	Importe
429442117	NORADRENALINA 2ML	UNIDAD	600.00	300.00	0.00	180,000.00
<b>Totales</b>						<b>180,000.00</b>

**Comentarios**

<b>Sub-Total</b>	180,000.00
<b>Descuento</b>	0.00
<b>Recargo</b>	0.00
<b>ITBIS</b>	0.00
<b>Cargos</b>	0.00
<b>Monto Total</b>	180,000.00





**HEXAPOWER PHARMA, S.R.L.**

## Conduce

Calle Luperon #94 Gurabo Santiago de los Caballeros

Teléfono(s): 8095874605

Email: servicioalcliente@hexapowerpharma.com

RNC 131860028

**Conduce No.** 5192  
**Fecha Emisión** 23/05/2025 12:00  
**Tipo Factura** CREDITO  
**Vendedor** Juan Antonio Rosario Rosario  
**Orden**  
**Moneda** Pesos **Tasa** 1.00

### Datos Generales

**Cliente** HOSPITAL INMACULADA CONCEPCION

**Cliente No.** 704

**Cédula / RNC** 430038059

**Dirección** C/ 17 De Octubre Esq. Mella # 7, Los Mineros, Cotui

**Teléfono** 8095852233

**Contacto:** .

### Detalle de Productos

Referencia	Descripción	Envase	Cantidad	Precio	ITBIS	Importe
429442117	NORADRENALINA 2ML	UNIDAD	600.00	0.00	0.00	0.00
<b>Totales</b>						<b>0.00</b>

**Comentarios**





No. EXPEDIENTE

HPIC-DAF-CM-2025-0028

Fecha de emisión: 23/5/2025

**Hospital Provincial Inmaculada Concepción**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HPIC-2025-00104**

Descripción: **Adquisición de medicamentos para pacientes del hospital**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Hexapower Pharma, SRL**

RNC: **131860028**

Nombre comercial: **Hexapower Pharma, SRL**

Domicilio comercial: **Luperon, Km. 7, 51000 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-912-2927**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto total: **180,000.00**

Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

Nombre y Apellido



HPIC-DAF-CM-2025-0028

Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unitario \$ ITBIS	Imp. Moneda Orig \$ ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
4	5115172 7	NORADRENA LINA AMP IML	600.00	UD	300.00	180,000.00		0.00	0.00	180,000.00

<b>Subtotal \$</b>	<b>180,000.00</b>
Total Descuentos \$	0.00
Total ITBIS \$	0.00
Total Otros Impuestos \$	0.00
<b>Total \$</b>	<b>180,000.00</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido

  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido

No. EXPEDIENTE

HPIC-DAF-CM-2025-0028

Fecha de emisión: 23/5/2025

**Hospital Provincial Inmaculada Concepción**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HPIC-2025-00104**

Descripción: **Adquisición de medicamentos para pacientes del hospital**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Hexapower Pharma, SRL**

RNC: **131860028**

Nombre comercial: **Hexapower Pharma, SRL**

Domicilio comercial: **Luperon, Km. 7, 51000 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-912-2927**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto total: **180,000.00**

Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

Nombre y Apellido

  
Firma  
Nombre y Apellido  
CS

HPIC-DAF-CM-2025-0028

Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit s/ITBIS	Imp Moneda Orig s/ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
4	5115172 7	NORADRENA LINA AMP IML	600.00	UD	300.00	180,000.00		0.00	0.00	180,000.00

<b>Subtotal \$</b>	<b>180,000.00</b>
Total Descuentos \$	0.00
Total ITBIS \$	0.00
Total Otros Impuestos \$	0.00
<b>Total \$</b>	<b>180,000.00</b>

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

\_\_\_\_\_  
 Firma  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido

No. EXPEDIENTE

HPIC-DAF-CM-2025-0028

Fecha de emisión: 23 / 5/2025

**Hospital Provincial Inmaculada Concepción**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HPIC-2025-00099**

Descripción: **Adquisición de medicamentos para pacientes del hospital**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Silver Pharma, SRL**

RNC: **131450148**

Nombre comercial: **Silver Pharma, SRL**

Domicilio comercial: **Manolo Tavarez Justo, Segundo Piso, 1112 - , REPÚBLICA  
DOMINICANA**

Teléfono: **809-793-6912**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0 %**

Forma de pago: **Plazo de pago con recepción conforme:**

Monto total: **78,930.00** Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma



Firma

*Candela Garcia P.*

HPIC-DAF-CM-2025-0028



Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit s/ITBIS	Imp Moneda Orig s/ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1	51131603	HEPARINA FRASCO	300.00	UD	263.10	70,930.00		0.00	0.00	70,930.00

<b>Subtotal \$</b>	<b>78,930.00</b>
Total Descuentos \$	0.00
Total ITBIS \$	0.00
Total Otros Impuestos \$	0.00
<b>Total \$</b>	<b>78,930.00</b>

Observaciones:

**Plan de entrega**

Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma**

**Nombre y Apellido**

*Candela Garcia P.*

\_\_\_\_\_

**Firma**

**Nombre y Apellido**

**SILVERPHARMA SRL**

SilverPharma srl

131450148

809-793-6912

https://silverpharmasrl.com - silverpharmard@gmail.com

Manolo Tavarez Justo No. 18, Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional



Factura Nro

8513

NCF

B1500001148

NCF válido hasta:

31/12/2025

Sucursal: Régimen General

Fecha de expedición 23/05/2025

Fecha de vencimiento 22/07/2025

**FACTURA GUBERNAMENTAL**

**HOSPITAL INMACULADA CONCEPCION**

RNC 430038059

Calle 17 de octubre, Esquina Mella, salida a Santo Domingo, sector Los Mineros, Cotuí, Prov. Sánchez Ramírez, Rep. Dom., Cotuí (Sánchez Ra 809-585-2233

Producto/servicio	Precio	Cantidad	Descuento	Total
HEPARINA INY BP 5000 IU/ML (5 ML)(LOTE:DP4042 FAB 01/01/2024 VENCE 31/12/2026) - Ref: LOTE:DP4042 FAB 01/01/2024 VENCE 31/12/2026	RD\$263.1	300 ✓		RD\$78,930.00



Setenta y ocho mil novecientos treinta (DOP)

Subtotal	RD\$78,930.00
Total	RD\$78,930.00 ✓

Total de ítems: 300

**ORIGINAL**



**Observaciones**

ORDEN HPIC-DAF-CM-2025-0028

**Términos y Condiciones**

MODO DE PAGO MEDIANTE TRASFERENCIA O CHEQUE, EMITIDO A FAVOR DE SILVER PHARMA, CUENTA CORRIENTE 4040022797 BANCO LOPEZ DE HARO, RNC.131450148.



Handwritten signature: Judy Rey Montoya  
ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Original: Cliente

Handwritten initials: RAG



**SILVER PHARMA SRL**

Silver Pharma srl

RNC 131450148

Manolo Tavarez Justo No. 18 - Santo Domingo de Guzmán

809-793-6912

<https://silverpharmasrl.com>

[silverpharmard@gmail.com](mailto:silverpharmard@gmail.com)

Conduce

**No. 1332**

<b>SEÑOR(ES)</b>	HOSPITAL INMACULADA CONCEPCION	<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>	23/05/2025
<b>DIRECCIÓN</b>	Calle 17 de octubre, Esquina Mella, salida a Santo Domingo, sector Los Mineros, Cotuí, Prov. Sánchez Rodríguez Rep. Dom.	<b>FECHA DE VENCIMIENTO</b>	23/05/2025
<b>CIUDAD</b>	Cotuí		
<b>TELÉFONO</b>	809-585-2233	<b>RNC</b>	430038059

Ítem	Precio	Cantidad	Descuento	Total
HEPARINA INY BP 5000 IU/ML (5 ML) (LOTE:DP4042 FAB 01/01/2024 VENCE 31/12/2026)	RD\$263.1	300	0.00%	RD\$78,930.00

**ORIGINAL**

Setenta y ocho mil novecientos treinta (DOP)



Subtotal RD\$78,930.00

Total RD\$78,930.00

ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

# LEROMED PHARMA, S.R.L.

Calle 2, no. 4 Los Restaurados II.  
Santo Domingo, Rep. Dom.  
Tel: 809-530-7455, 809-338-8388, 809-338-8408  
E-Mail: leromedpharmasrl@gmail.com  
RNC: 130663157  
RPE 12094

\*\*\*Factura Gubernamental\*\*\*

\*\*\* A Credito \*\*\*

**Ciente:** 109  
**HOSP. PROVINCIAL INMACULADA CONCEPCIÓN Y/O COTUI**  
**Razon Social:** HOSP. PROVINCIAL INMACULADA CONCEPCIÓN  
CALLE 17 OCTUBRE, ESQ. MELLA  
PROV. SANCHEZ RAMIRE, COTUI  
Tel. (809)585-2233 Fax (809)585-2233 Contacto: MARINELY OTAÑEZ  
RNC o Cedula: 430038059  
**E-Mail:** MARL  
**Vendedor:**1 **ADMINISTRACION**

**NCF** B1500004718  
Valido hasta: 31/12/2025  
**Factura 11879**  
Fecha 23/05/2025  
**Condiciones** 30 Dias  
**Vence** 22/06/2025

**Moneda:** DOP  
**Tasa:** 1

Pag. 1

## Observaciones:

Codigo	Cantidad	UM	Descripción	Precio	Desc.	ITBIS	Total
273	400	UND	LAPIZ DE ELECTROCAUTERIO	64.90	*	0.00	30,632.80

<b>SubTotal:</b>	<b>25,960.00</b>
<b>Itbis:</b>	<b>4,672.80</b>
<b>Total:</b>	<b>30,632.80</b>

X



PREPARADO POR

ENTREGADO POR:

RECIBIDO CONFORME:

23/05/2025 3:48:31 p. m.

REG

# LEROMED PHARMA, S.R.L.

Calle 2, no. 4 Los Restaurados II.  
Santo Domingo, Rep. Dom.  
Tel: 809-530-7455, 809-338-8388, 809-338-8408  
E-Mail: leromedpharmasrl@gmail.com  
RNC: 130663157  
RPE 12094

\*\*\*Factura Gubernamental\*\*\*

\*\*\* A Credito \*\*\*

**Ciente:** 109  
**HOSP. PROVINCIAL INMACULADA CONCEPCIÓN Y/O COTUI**  
**Razon Social:** HOSP. PROVINCIAL INMACULADA CONCEPCIÓN  
CALLE 17 OCTUBRE, ESQ. MELLA  
PROV. SANCHEZ RAMIRE, COTUI  
Tel. (809)585-2233 Fax (809)585-2233 Contacto: MARINELY OTAÑEZ  
RNC o Cedula: 430038059  
**E-Mail:** MARL  
**Vendedor:**1      **ADMINISTRACION**

NCF **B1500004718**  
Valido hasta: 31/12/2025  
**Factura 11879**  
Fecha 23/05/2025  
**Condiciones** 30 Dias  
**Vence** 22/06/2025

**Moneda:** DOP  
**Tasa:** 1

Pag. 1

## Observaciones:

Codigo	Cantidad	UM	Descripción	Precio	Desc.	ITBIS	Total
273	400	UND	LAPIZ DE ELECTROCAUTERIO	64.90 *	0.00	4,672.80	30,632.80

<b>SubTotal:</b>	<b>25,960.00</b>
<b>Itbis:</b>	<b>4,672.80</b>
<b>Total:</b>	<b>30,632.80</b>

X



PREPARADO POR:

ENTREGADO POR:

RECIBIDO CONFORME:

# LEROMED PHARMA, S.R.L.

Calle 2, no. 4 Los Restaurados II.  
Santo Domingo, Rep. Dom.  
Tel: 809-530-7455, 809-338-8388, 809-338-8408  
E-Mail: leromedpharmasrl@gmail.com  
RNC: 130663157  
RPE 12094

Enviado a: 109

\*\*\*\* Conduce \*\*\*\*

Numero: 11879

HOSP. PROVINCIAL INMACULADA CONCEPCIÓN

Fecha: 23/05/2025

CALLE 17 OCTUBRE, ESQ. MELLA

Factura: 11879

PROV. SANCHEZ RAMIRE, COTUI

Vendedor: ADMINISTRACION

Tel. (809)585-2233 Fax (809)585-2233 Contacto: MARINELY OTAÑEZ

RNC o Cedula: 430038059

23/05/2025 3:49:08 p. m.

Pag. 1 de 1

## Observaciones:

Cantidad UM	Descripción
-------------	-------------

400 UND	LAPIZ DE ELECTROCAUTERIO
---------	--------------------------

X  
X  
X  
X



PREPARADO POR:

ENTREGADO POR:

RECIBIDO CONFORME:

Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit \$/TTBIS	Imp Moneda Orig \$/TTBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
9	5113160 3	LAPIZ DDE CAUTERIO	400.00	UD	64.90	25,960.00		0.00	4,672.80	30,632.80

<b>Subtotal \$</b>	<b>25,960.00</b>
<b>Total Descuentos \$</b>	0.00
<b>Total ITBIS \$</b>	0.00
<b>Total Otros Impuestos \$</b>	4,672.80
<b>Total \$</b>	<b>30,632.80</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido



No. EXPEDIENTE

**HPIC-DAF-CM-2025-0028**

Fecha de emisión: 23/5/2025

**Hospital Provincial Inmaculada Concepción**  
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HPIC-2025-00105**

Descripción: **Adquisición de medicamentos para pacientes del hospital**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Leromed Pharma, SRL**

RNC: **130663157**

Nombre comercial: **Leromed Pharma, SRL**

Domicilio comercial: **2, 10134 -, REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-530-7455**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto total: **30,632.80**

Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

Nombre y Apellido

  
  
Nombre y Apellido  
**CS**

HPIC-DAF-CM-2025-0028

Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit s/ITBIS	Imp Moneda Orig s/ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
9	51131603	LAPIZ DDE CAUTERIO	400.00	UD	64.90	25,960.00		0.00	4,672.80	30,632.80

<b>Subtotal \$</b>	<b>25,960.00</b>
Total Descuentos \$	0.00
Total ITBIS \$	0.00
Total Otros Impuestos \$	4,672.80
<b>Total \$</b>	<b>30,632.80</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

\_\_\_\_\_  
 Firma  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido

# LEROMED PHARMA, S.R.L.

Calle 2, no. 4 Los Restaurados II.  
Santo Domingo, Rep. Dom.  
Tel: 809-530-7455, 809-338-8388, 809-338-8408  
E-Mail: leromedpharmasrl@gmail.com  
RNC: 130663157  
RPE 12094

\*\*\*Factura Gubernamental\*\*\*

\*\*\* A Credito \*\*\*

**Ciente:** 109  
**HOSP. PROVINCIAL INMACULADA CONCEPCIÓN Y/O COTUI**  
**Razon Social:** HOSP. PROVINCIAL INMACULADA CONCEPCIÓN  
CALLE 17 OCTUBRE, ESQ. MELLA  
PROV. SANCHEZ RAMIRE, COTUI  
Tel. (809)585-2233 Fax (809)585-2233 Contacto: MARINELY OTAÑEZ  
RNC o Cedula: 430038059  
**E-Mail:** MARL  
**Vendedor:**1 **ADMINISTRACION**

**NCF B1500004720**  
Valido hasta: 31/12/2025  
**Factura 11884**  
Fecha 28/05/2025  
**Condiciones** 30 Dias  
**Vence** 27/06/2025

**Moneda:** DOP  
**Tasa:** 1

## Observaciones:

Pag. 1

Codigo	Cantidad	UM	Descripción	Precio	Desc.	ITBIS	Total
43	1,500	UND	RANITIDINA 2 ML/50MG. IM./IV. AMP.	7.00	0.00	0.00	10,500.00
138	25	UND	ALCOHOL ISOP. 70 % GL.	580.00	0.00	0.00	14,500.00
4350	1,000	UND	CLINDAMICINA 600 MG AMPOLLA	120.00	0.00	0.00	120,000.00

**SubTotal:** 145,000.00

**Itbis:** 0.00

**Total:** 145,000.00



ENTREGADO POR:





Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit \$ ITBIS	Imp Moneda Orig \$ ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
9	5117191 7	RANITIDINA AMP	1,500.00	UD	7.00	10,500.00		0.00	0.00	10,500.00
18	5110271 0	ALCOHOL GALON	25.00	UD	580.00	14,500.00		0.00	0.00	14,500.00
21	5110150 4	CLINDAMICI NA AMP	1,000.00	UD	120.00	120,000.00		0.00	0.00	120,000.00

<b>Subtotal \$</b>	<b>145,000.00</b>
Total Descuentos \$	0.00
Total ITBIS \$	0.00
Total Otros Impuestos \$	0.00
<b>Total \$</b>	<b>145,000.00</b>

**Observaciones:**

**Plan de entrega**

Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
21	CLINDAMICINA AMP	B/ Los mineros, C/ Mella, esq. 17 de octubre, salida la capital 43000 CIBAO SUR DO	1,000.00	27/5/2025 2:00:00 p.m.
18	ALCOHOL GALON	B/ Los mineros, C/ Mella, esq. 17 de octubre, salida la capital 43000 CIBAO SUR DO	25.00	27/5/2025 2:00:00 p.m.
9	RANITIDINA AMP	B/ Los mineros, C/ Mella, esq. 17 de octubre, salida la capital 43000 CIBAO SUR DO	1,500.00	27/5/2025 2:00:00 p.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

Nombre y Apellido



# LEROMED PHARMA, S.R.L.

Calle 2, no. 4 Los Restaurados II.  
Santo Domingo, Rep. Dom.  
Tel: 809-530-7455, 809-338-8388, 809-338-8408  
E-Mail: leromedpharmasrl@gmail.com  
RNC: 130663157  
RPE 12094

Enviado a: 109

\*\*\*\* Conduce \*\*\*\*

HOSP. PROVINCIAL INMACULADA CONCEPCIÓN  
CALLE 17 OCTUBRE, ESQ. MELLA  
PROV. SANCHEZ RAMIRE, COTUI

Tel. (809)585-2233 Fax (809)585-2233 Contacto: MARINELY OTAÑEZ  
RNC o Cedula: 430038059 27/05/2025 4:36:21 p. m.

Numero: 11884

Fecha: 28/05/2025

Factura: 11884

Vendedor: ADMINISTRACION

Pag. 1 de 1

## Observaciones:

Cantidad UM	Descripción
1,500 UND	RANITIDINA 2 ML/50MG. IM./IV. AMP.
25 UND	ALCOHOL ISOP. 70 % GL.
1,000 UND	CLINDAMICINA 600 MG AMPOLLA

X  
X  
X  
X



PREPARADO POR:



ENTREGADO POR:

RECIBIDO CONFORME:

# FARMACIA DRA. CLETO

27/5/2025

## HOSPITAL INMACULADA CONCEPCION COTIZACION

FARMACIA DRA. CLETO  
C/ MARCA TRINIDAD SANCHEZ NO. 60, ESQ.  
HECTOR R. GOTO SEC. LOS COCOS, COTUI,  
R.D.

TELEFONO: 809-585-3473  
RNC: 1-3004790-1

FACTURA NO.: 00060072

FECHA: 27/05/2025

COMPROBANTES GUBERNAMENTALES

NCF: B1500000302

Valido Hasta: 31/12/2025

CONTADO

CLIENTE: 45 - HOSPITAL

INMACULADA CONCEPCION

RNC/CED: 430039059

DIRECCION: CALLE NELLA

MEDICAMENTOS	Precio Unid	VALOR
BONATO DE SODIO	87.00	6,960.00
<b>TOTAL</b>		<b>6,960.00</b>

DESCRIPCION	VALOR	ITBIS
-------------	-------	-------

60 x 57.00 UNID BICARBONATO DE SODIO AMPOLLAS	0.00	6,960.00
--	------	----------

SUBTOTAL:	6,960.00
+IMPUESTOS:	0.00

**TOTAL**  
**6,960.00**

PC: SEGUROS, Dto.: ADMIN Imp.: VENTAS  
10:17



REG