

## Informe de compras por debajo del umbral

Primer trimestre: Enero – Marzo 2025

Compra: HMNSC-DAF-CD-2025-0001

Nombre del Proceso: Adquisición de Medicamentos para Farmacia

Fecha de la Compra: 16/1/2025

Monto de la Compra: 130,336

Proveedor: Corporación medica A.G., SRL

Esta adquisición corresponde a la compra de medicamentos para la farmacia de la institución. La compra se realizó de manera urgente debido a la incertidumbre acerca de la disponibilidad de los medicamentos, ya que no se sabía con certeza cuáles estarían disponibles a través de Promesa y cuáles no. Debido a esta falta de información, no fue posible establecer una compra anticipada de los medicamentos necesarios para la farmacia.

Dulce María Hernández  
Encargada de Compras y Contrataciones



Detalle

Ítem	Código <sup>1</sup>	Cuenta presupuestaria	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada
1.	51142121	2.3.4.1.01	Diclofenac en Ampolla 75mg	Unidad	300
2.	42142609	2.3.9.3.01	Jeringa de 5cc	Unidad	1,000
3.	42142609	2.3.9.3.01	Jeringa de 10cc	Unidad	1,000
4.	42311511	2.3.9.3.01	Gasa	Unidad	10
5.	42132203	2.3.9.3.01	Guante S	Caja	20
6.	42132203	2.3.9.3.01	Guante M	Caja	20
7.	42132203	2.3.9.3.01	Guante L	Caja	20
8.	42142609	2.3.9.3.01	Jeringa 20cc	Unidad	500
9.	51191604	2.3.4.1.01	Salino 100ml al 0.9%	Unidad	100
10.	51171909	2.3.4.1.01	Omeprazol	Unidad	150
11.	42272301	2.3.9.3.01	Ambu adulto	Unidad	1
12.	42181501	2.3.9.3.01	Baja lengua	Caja	10
13.	51182303	2.3.4.1.01	Somazina ampolla 500mg	Unidad	30
14.	51182204	2.3.4.1.01	Ergometrina 0.2mg/ml	Unidad	100
15.	51121703	2.3.4.1.01	Captopril 25mg	Unidad	1
16.	51181704	2.3.4.1.01	Dexametazona 8mg	Unidad	300



No. EXPEDIENTE

HMNSC-DAF-CD-2025-0001

Fecha de emisión: 17/1/2025

**Hospital Municipal Nuestra Señora Del Carmen**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMNSC-2025-00001**

Descripción: **Adquisición de medicamentos esenciales para el abastecimiento de la farmacia del hospital**

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

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Corporacion Medica A.G., SRL**

RNC: **101866969**

Nombre comercial: **Corporacion Medica A.G., SRL**

Domicilio comercial: **Mauricio baez , 10203 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-909-1424**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **20.000000%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto total: **130,336.00**

Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

  
Rony Me Calderón Vicente

Administración

EV



Dulce María Martínez  
Dulce María Martínez

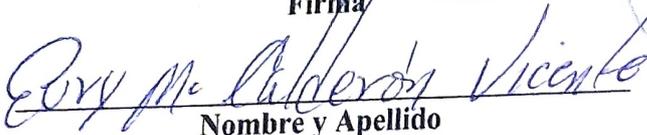
Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit s/ITBIS	Imp Moneda Orig s/ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1	51142121	Diclofenac en Ampolla 75mg	300.00	UD	8.00	2,400.00		0.00	0.00	2,400.00
2	42142609	Jeringa de 5cc	1,000.00	UD	7.00	7,000.00		1,260.00	0.00	8,260.00
3	42142609	Jeringa de 10cc	1,000.00	UD	8.00	8,000.00		1,440.00	0.00	9,440.00
4	42311511	Gasa	10.00	CAJ	1,200.00	12,000.00		0.00	0.00	12,000.00
5	42132203	Guantes S	20.00	CAJ	450.00	9,000.00		1,620.00	0.00	10,620.00
6	42132203	Guante M	20.00	CAJ	450.00	9,000.00		1,620.00	0.00	10,620.00
7	42132203	Gaunte L	20.00	UD	450.00	9,000.00		1,620.00	0.00	10,620.00
8	42142609	Jeringa de 20cc	500.00	UD	14.00	7,000.00		1,260.00	0.00	8,260.00
9	51191604	salino 100ml al 0.9%	100.00	UD	140.00	14,000.00		0.00	0.00	14,000.00
10	51171909	Omeprazol	150.00	UD	180.00	27,000.00		0.00	0.00	27,000.00
11	42272301	Ambu adulto	1.00	UD	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00
12	42181501	Baja lengua	10.00	CAJ	120.00	1,200.00		216.00	0.00	1,416.00
13	51182303	Somazina Ampolla 500mg	30.00	UD	320.00	9,600.00		0.00	0.00	9,600.00
14	51182204	Ergometrina 0.2mg/ml	10.00	UD	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00
15	51121703	Captopril 25mg	1.00	UD	700.00	700.00		0.00	0.00	700.00
16	51181704	Dexametazona 8mg	300.00	UD	18.00	5,400.00		0.00	0.00	5,400.00

Subtotal \$	121,300.00
Total Descuentos \$	0.00
Total ITBIS \$	9,036.00
Total Otros Impuestos \$	0.00
<b>Total \$</b>	<b>130,336.00</b>

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

  
 Eury Mc Calderon Vicente  
 Nombre y Apellido



Dulce María Martínez

Dulce María Martínez  
 Nombre y Apellido

Observaciones:

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

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

*[Handwritten signature]*

Firma

*Eory M. Calderón Vicente*  
Nombre y Apellido



*Dulce María Martínez*

*Dulce María Martínez*  
Nombre y Apellido

## Procesos Declarados Desiertos o Cancelados

### HMNSC-DAF-CD-2025-0002

Este proceso fue declarado desierto debido a que los precios de las ofertas presentadas eran muy elevados y no eran convenientes para la institución. Solo se recibió una oferta, la cual no cumplió con los parámetros financieros establecidos para la compra.

### HMNSC-DAF-CD-2025-0003

Este proceso fue cancelado debido a un error administrativo. El proceso fue habilitado por error, lo que generó la necesidad de cancelarlo antes de su ejecución.

### HMNSC-DAF-CD-2025-0004

Similar al proceso anterior, HMNSC-DAF-CD-2025-0004 también fue declarado desierto debido a que los precios ofrecidos no eran competitivos. Solo se presentó una oferta, la cual no era favorable económicamente para la entidad.



HMNSC-DAF-CD-2025-0003

Este proceso fue cancelado debido a un error administrativo. El proceso fue habilitado por error, lo que generó la necesidad de cancelarlo antes de su ejecución.

HMNSC-DAF-CD-2025-0005

El proceso relacionado con esta solicitud fue declarado desierto debido a un error de digitación en la unidad solicitada. En lugar de registrar correctamente las unidades como "Cajas", se cometió el error de registrar la cantidad como "Unidad". Este error generó confusión en el proceso y, por lo tanto, se decidió no continuar con la solicitud bajo los términos establecidos.



**Compra HMNSC-DAF-CD-2025-0006**

**Nombre del proceso:** Adquisición de medicamentos de farmacia

**Fecha de compra:** 12/3/2025

**Monto de la compra:** 115,025.00

**Proveedor:** Alat Salud, SRL

La compra de medicamentos se realizó bajo el proceso HMNSC-DAF-CD-2025-0006 con el objetivo de abastecer a la farmacia institucional. Este proceso corresponde a la adquisición de medicamentos, lo cual es esencial para garantizar la disponibilidad de insumos para la atención de los pacientes.

**Justificación de la Compra:**

Esta adquisición no estaba planeada de antemano debido a la falta de certeza sobre qué medicamentos estarían realmente disponibles por parte de la proveedora Promesa. Debido a esta falta de información, no fue posible establecer una compra planificada de los medicamentos.



Detalle

Ítem	Código <sup>1</sup>	Cuenta presupuestaria	Descripción	Unidad de Medida	Cantidad Solicitada
1.	42311511	2.3.9.3.01	Gasa	Unidad	15
2.	41122003	2.3.9.3.01	Bajante de suero	Unidad	1000
3.	51191604	2.3.4.1.01	Salino 1000ml al 0.9%	Unidad	120
4.	51121813	2.3.4.1.01	Complejo B 10ml	Unidad	50
5.	42181501	2.3.9.3.01	Baja lengua	Cajas	15
6.	42132203	2.3.9.3.01	Guante S	Caja	15
7.	42132203	2.3.9.3.01	Guante M	Caja	15
8.	51181706	2.3.4.1.01	Hidrocortisona Sódica 100mg	Unidad	300
9.	51152004	2.3.4.1.01	Bromuro de ipatropio 0.9	Unidad	120
10.	42312201	2.3.9.3.01	Nylon 3-0	Caja	1
11.	42231701	2.3.9.3.01	Levin pediátrico #5	Caja	1





No. EXPEDIENTE  
**HMNSC-DAF-CD-2025-0006**

Fecha de emisión: 12/3/2025

**Hospital Municipal Nuestra Señora Del Carmen**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HMNSC-2025-00002**

Descripción: **Adquisición de medicamentos para el abastecimiento de la farmacia hospitalaria.**

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

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Alat Salud, SRL**

RNC: **132385861**

Nombre comercial: **Alat Salud, SRL**

Domicilio comercial: **Francisco Prats Ramirez, B-6, 11101 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-864-3159**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

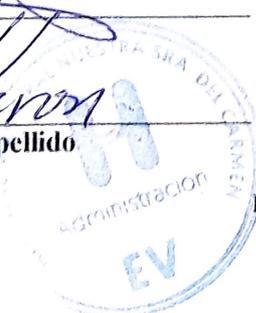
Plazo de pago con recepción conforme:

Monto total: **122,612.30**

Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma  
  
Nombre y Apellido  


  
Firma  
  
Nombre y Apellido  


HMNSC-DAF-CD-2025-0006

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	4231151 1	Gasa	15.00	UD	1,698.50	25,477.50		0.00	0.00	25,477.50
2	4112200 3	Bajante de suero	1,000.00	UD	21.50	21,500.00		3,870.00	0.00	25,370.00
3	5119160 4	Salino 1000ml al 0.9%	120.00	UD	167.70	20,124.00		0.00	0.00	20,124.00
4	5112181 3	Complejo B 10ml	50.00	UD	64.50	3,225.00		0.00	0.00	3,225.00
5	4218150 1	Baja lengua	15.00	CAJ	103.20	1,548.00		278.64	0.00	1,826.64
6	4213220 3	Guante S	15.00	CAJ	419.25	6,288.75		1,131.98	0.00	7,420.73
7	4213220 3	Guante M	15.00	CAJ	419.25	6,288.75		1,131.98	0.00	7,420.73
8	5118170 6	Hidrocortisona Sódica 100mg	300.00	UD	55.36	16,608.00		0.00	0.00	16,608.00
9	5115200 4	Bromuro de ipatropio 0.9	120.00	UD	101.76	12,211.20		0.00	0.00	12,211.20
10	4231220 1	Nylon 3-0	1.00	CAJ	2,250.00	2,250.00		0.00	0.00	2,250.00
12	4223170 1	Levin pediátrico #5	1.00	CAJ	575.00	575.00		103.50	0.00	678.50

<b>Subtotal \$</b>	<b>116,096.20</b>
Total Descuentos \$	0.00
Total ITBIS \$	6,516.10
Total Otros Impuestos \$	0.00
<b>Total \$</b>	<b>122,612.30</b>

Observaciones:

Plan de entrega

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

*[Firma manuscrita]*  
Firma  
*[Firma manuscrita]*  
Nombre y Apellido  
Administración  
EV

*[Firma manuscrita]*  
Firma  
*[Firma manuscrita]*  
Nombre y Apellido  
EV

HMNSC-DAF-CD-2025-0006



Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad



**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

*Eury Colón*  
Firma  
*Eury Colón*  
Nombre y Apellido

*Dulce María*  
Firma  
*Dulce María Combra*  
Nombre y Apellido

HMNSC-DAF-CD-2025-0006