



Nombre del Capítulo y/o dependencia gubernamental

No. EXPEDIENTE
INCART-CCC-PEEX-2021-0012

05 de octubre de 2021

OFERTA ECONÓMICA

NOMBRE DEL OFERENTE: SUPPHAR DOMINICANA
RNC OFERENTE: 101566809

Item No.	Descripción del Bien, Servicio u Obra	Unidad de medida ¹	Cantidad ²	Precio Unitario	ITBIS	Precio Unitario Final
1	METOTREXATO 500 MG INY	500 MG	300	801.36		240,408.00
2	METOTREXATO 50 AMP	50 MG	100	187.72		18,772.00
3	PACLITAXEL 150 MG VIAL,	150 MG	720	1,600.00		1,152,000.00
4	PACLITAXEL 100 MG, INY.,	100 MG	720	1,125.00		810,000.00
5	ANASTRAZOL 1 MG COMP. X 28 COMPRIMIDOS (324 UNI. X 28 COMPRIMIDO)	1 MG	9072	70.71 (POR COMPRIMIDO)		641,520.00
6	ACIDO ZOLEDRONICO 4 MG AMP	4MG	1320	2,493.12		3,290,918.40
7	ERITROPOYETINA 10,000 U.I. INY	10,000 UI	1650	548.50		905,025.00
8	ERITROPOYETINA 4,000 UI AMP	4,000 UI	450	294.00		132,300.00
9	ERITROPOYETINA 40,000 U.I., INY., HUMANA	40,000 UI	360	3,300.00		1,188,000.00

¹ Si aplica.
² Si aplica.



10	FILGASTRIN 300 MG 1 JER.	300 MG	1200	950.00	1,140,000.00
11	NABIGEM(GEMCITABINA)200MG (GEMCITABINA 200 MG VIAL IV)	200 MG	450	1,780.00	801,000.00

VALOR TOTAL DE LA OFERTA: RD\$10,319,943.40

Valor total de la oferta en letras: DIEZ MILLONES TRESCIENTOS DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES CON 40/100

Sagrario Olivo en calidad de Gerente de Servicio al Cliente, debidamente autorizado para actuar en nombre y representación de Suiphar Dominicana SRL

Firma Sagrario Olivo
5.1.19.2021



PBX: 8093338888 Fax: 8095300069
SANTO DOMINGO REP. DOMINICANA
Email: suiphar@suiphar.com

COTIZACION No. SD - 2047

RNC : 101566809

CLIENTE:	INST. DEL CANCER ROSA SANCHEZ (INCA 010035	FECHA DOCUMENTO:	05/10/2021
DIRECCIÓN:	AV. CORREA Y C. ESQ. RAFAEL S. RAVELO	VIGENCIA :	
RNC:	430130712	MONEDA :	PESOS DOMINICANOS
TELÉFONO:	(809)289-2700	FORMA DE PAGO :	TRANSFERENCIA 60 DIAS
CIUDAD:	REP. DOMINICANA	PÁGINA :	1 DE 1
VENDEDOR:	ROSA EMILIA SANTOS 02154		

CÓDIGO	REF.CLTE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VR.UNIT	%ITBIS	%DCTO	VR.TOTAL
00035981		ANASTROZOL 1 MG X 28 COMP	324.00 UND	1,980.00	0.00 %		641,520.00
00035982		ÁCIDO ZOLEDRÓNICO 4MG INY.LIOF X	1,320.00 UND	2,493.12	0.00 %		3,290,918.40
00029199		ERITROPOYETINA 10,000 UI CAJA X 1 V	1,650.00 UND	548.50	0.00 %		905,025.00
00026022		ERITROPOYETINA 4.000 UI	450.00 UND	294.00	0.00 %		132,300.00
00035995		ERITROPOYETINA 40,000 UI/1ML	360.00 UND	3,300.00	0.00 %		1,188,000.00
00025458		FILGRASTIN 300 MCG SOLUCIÓN INY	1,200.00 UND	950.00	0.00 %		1,140,000.00
00036384		NABIGEM(GEMCITABINA)200MG POL LIQ	450.00 UND	1,780.00	0.00 %		801,000.00
00035988		METOTREXATO 500 MG X 1 FCO AMP	300.00 UND	801.36	0.00 %		240,408.00
00035987		METOTREXATO 50 MG X 1 FCO AMP	100.00 UND	187.72	0.00 %		18,772.00
00035990		PACLITAXEL 150 MG INY X 1 VIAL	720.00 UND	1,600.00	0.00 %		1,152,000.00
00035989		PACLITAXEL 100 MG INY X 1 VIAL	720.00 UND	1,125.00	0.00 %		810,000.00

No. EXPEDIENTE -INCART-CCC-PEEX-2021-0012
DISPONIBILIDAD DE ENTREGA INMEDIATA

NOTA: ESTOS PRECIOS TIENEN VIGENCIA DE 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA. AL FINALIZAR ESTE PERIODO ESTARA SUJETA A MODIFICACIONES.

INFORMACIÓN PARA EL CLIENTE	VR. MERCANCIA	10,319,943.40
VR. EN LETRAS :	DESCUENTOS	
DIEZ MILLONES TRESCIENTOS DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES CON 40/100PESOS DOMINICANOS	SUB-TOTAL	10,319,943.40
	ITBIS	0.00
	RETENCIONES	0.00
	TOTAL COTIZACION	10,319,943.40



AUTORIZADO POR

FIRMA Y SELLO AUTORIZADAS

VENDEDOR

FIRMA Y SELLO DE ACEPTACION

SOLICITUD DE FIANZAS

Datos del Solicitante

Fecha: 05 de Octubre 2021

Nombre y Apellidos:

SUPHAR DOMINICANA, SRL

Documento de Identidad:

No. documento: 101-56680-9

Calle y núm.:

AV. JOHN F. KENNEDY No. 1 ESQ. ESPRITU SANTO

Dirección:

SANTO DOMINGO

Tel. Residencial:

(809) 333.8888

Celular:

Correo:

Datos de la Fianza a Solicitar

Fianza para Depositar en:

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER ROSA EMILIA SANCHEZ PEREZ DE TAVARES

Beneficiarios:

☒ Cédula de Identidad

☐ RNC

No. documento: 430130712

Nombre/Apellido:

Nombre/Apellido:

Nombre/Apellido:

Vigencia del:

10/5/2021

Vigencia al:

12/30/2021

Valor de la Fianza RD\$:

103,200.00

CIENTO TRES MIL DOSCIENTOS PESOS CON 00/100

(Valor de la Fianza en Letras)

Moneda de Curso Legal para Responder a las Obligaciones siguientes:

PARA GARANTIZAR EL MANTENIMIENTO DE OFERTA PARA

PARA LA CONTRATACION DE COMPRA DE MEDICAMENTOS DE QUIMIOTERAPIA PARA EL PERIODO OCTUBRE 2021-MAYO 2022, SEGÚN

DOCUMENTO BASE PROCESO DE EXCEPCION, REFERENCIA: INCART-CCC-PEEX-2021-0012.

Tipo de Respaldo:

☐ Líquida

Por favor, especifique los siguientes datos:

Moneda:

☒ RD\$

☐ US\$

Monto:

☐ Fíador

Banco:

Datos del Fíador Solidario 1

Apellidos:

Nombre(s):

Documento de Identidad:

☐ Cédula de Identidad

☐ RNC

Calle y núm.:

Dirección:

Edificio/ Apart.:

Ciudad:

Celular:

Correo:

Datos del Fíador Solidario 2

Apellidos:

Nombre(s):

Documento de Identidad:

☐ Cédula de Identidad

☐ RNC

Calle y núm.:

Dirección:

Edificio/ Apart.:

Ciudad:

Celular:

Correo:

Convenio de Seguridad

Al suscribir la presente solicitud me(nos) comprometo(nos) y obligo(nos) en el caso de que la misma fuere acogida, a reembolsar a MAPFRE BHD | Seguros, S.A. a su primer requerimiento, cualesquiera valores que a cualquier título, ella viñere obligadas a pagar por ejecución, parcial o total, de la Fianza Emitida, constituyendo dichos pagos, al (los) prestador(es) por este medio documento formal y previa aprobación, un crédito cierto, líquido y exigible a mi (nuestro) cargo y afectando todos mis(nuestros) bienes presentes y futuros, con garantía para el pago de dicha deuda y de manera especial presentando por este mismo documento Fíador(es) Solidario(s) de la misma con renuncia a la previa exclusión a los Señores que abajo firman conjuntamente conmigo (con nosotros) como demostración inequívoca de sumisión, al presente compromiso de Fíador(es) Solidario(s). El compromiso que los suscritientes asumen con esta solicitud será extensivo no solamente respecto a la fianza que se emita originalmente, sino también sobre cualesquiera extensiones de vigencia o renovaciones que pudieren expedirse de la misma y para los fines y en las condiciones aquí indicadas. Tanto el solicitante como el(los) Fíador(es) Solidario(s) autorizan expresa e irrevocablemente a MAPFRE BHD | Seguros, S.A., a suministrar a los centros de información crediticia que toda la información derivada de la experiencia del manejo de su crédito por parte de esta institución. El solicitante autoriza a MAPFRE BHD | Seguros, S.A., a investigar y/o suministrar a los centros de información relacionada con mi historial crediticio, así como la derivada de la experiencia del manejo de mi crédito con motivo de esta fianza.

Firmas:

Firma del Fíador Solidario 1

Cédula de Identidad (1)

Firma del Solicitante

Firma del Fíador Solidario 2

Cédula de Identidad (2)