

Centro Cardio-Neuro Oftalmologico y Trasplante

ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **CECANOT-2020-00014**Descripción: **Compra de elemento traza (Nutricion)**Modalidad de Compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Hospifar, SRL**RNC: **101625589**Nombre Comercial: **Hospifar, SRL**Domicilio Comercial: **Paya, 10100 - , REPÚBLICA DOMINICANA**Teléfono: **809-533-1084**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **210,000.00**Moneda: **DOP**

Detalle

| 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 |
|------|--------|-------------|----------|--------|------------------------|----------------------------------|----------------|-------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
|------|--------|-------------|----------|--------|------------------------|----------------------------------|----------------|-------------------------|--------------------------------------|--------------------------|

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

| 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 | 5119160 3 | Elemento Traza | 300.00 | UD | 700.00 | 210,000.00 | | 0.00 | 0.00 | 210,000.00 |

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Subtotal RD\$ | 210,000.00 |
| Total Descuentos RD\$ | 0.00 |
| Total ITBIS RD\$ | 0.00 |
| Total Otros Impuestos RD\$ | 0.00 |
| Total RD\$ | 210,000.00 |

Observaciones:

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido