

No. EXPEDIENTE

CECANOT-DAF-CM-2020-0067

Fecha de emisión: 29/5/2020

Centro Cardio-Neuro Oftalmologico y Trasplante**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **CECANOT-2020-00129**Descripción: **Adquisicion De Lotrial, serral, duazolam, fosfomicina**Modalidad de Compras: **Compras Menores****Datos del Proveedor**Razón social: **Fravax, SRL**RNC: **130723842**Nombre Comercial: **Fravax, SRL**Domicilio Comercial: **Doctor Piñeyro, 10105 - , REPÚBLICA DOMINICANA**Teléfono: **809-221-1312****Datos Generales del Contrato**Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **331,650.00**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
6	5119150 4	PARECOXIB 40MG 2ML AMPOLLA	24.00	UD	1,850.00	44,400.00		0.00	0.00	44,400.00
7	5119150 4	CITRATO DE SILDENAFILO 50MG V.O TABLETA X 1 UND	60.00	CAJ	350.00	21,000.00		0.00	0.00	21,000.00
8	5121161 0	POLISTIREN O SULFONATO DE CALCIO SOBRES X 10 UNID	10.00	UD	3,625.00	36,250.00		0.00	0.00	36,250.00
9	5118172 9	SUCCINATO SODICO DE METILPRENISOL ONA 40 MG FRASCO	50.00	UD	1,150.00	57,500.00		0.00	0.00	57,500.00
10	5118172 9	SUCCINATO SODICO DE METILPRENISOL ONA 40MG FRASCO	150.00	UD	1,150.00	172,500.00		0.00	0.00	172,500.00

Subtotal RD\$	331,650.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	331,650.00

Observaciones:

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido