

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **CECANOT-2020-00017**Descripción: **Acquisicion De papel bond 8 1/2*11**Modalidad de Compras: **Compras Menores****Datos del Proveedor**Razón social: **Productive Business Solutions Dominicana, SAS**RNC: **101025506**Nombre Comercial: **Productive Business Solutions Dominicana, SAS**Domicilio Comercial: **Bolivar, 10109 - , REPÚBLICA DOMINICANA**Teléfono: **809-567-8231****Datos Generales del Contrato**Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **590,590.00**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	6012110 4	RESMA DE PAPEL BOND 8 1/2*11	3,500.00	RESMA	143.00	500,500.00		90,090.00	0.00	590,590.00

Subtotal RD\$	500,500.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	90,090.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	590,590.00

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
1	RESMA DE PAPEL BOND 8 1/2*11	Calle federico velasquez # 1 Maria Auxiliadora OZAMA O METROPOLITANA DO	1,250.00	17/2/2020 9:00:00 a.m.
1	RESMA DE PAPEL BOND 8 1/2*11	Calle federico velasquez # 1 Maria Auxiliadora OZAMA O METROPOLITANA DO	1,250.00	16/3/2020 9:00:00 a.m.
1	RESMA DE PAPEL BOND 8 1/2*11	Calle federico velasquez # 1 Maria Auxiliadora OZAMA O METROPOLITANA DO	1,000.00	13/4/2020 9:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido