

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **CECANOT-2020-00243**Descripción: **COMPRA DE AIRE ACONDICIONADO**Modalidad de Compras: **Compras Menores****Datos del Proveedor**Razón social: **Peypac, SRL**RNC: **130025266**Nombre Comercial: **Peypac, SRL**Domicilio Comercial: **3, 10137 -, REPÚBLICA DOMINICANA**Teléfono: **809-537-2524****Datos Generales del Contrato**Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **478,999.99**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	4010170 1	AIRE ACONDICIONAD O COMPLETO TIPO PISO- TECHO O SPLIT 5 TONELADA, R- 22, VOLTAJE 208-220-LRA- 175	2.00	UD	108,474. 58	216,949.16		39,050.85	0.00	256,000.01
2	5214151 0	AIRE ACONDICIONAD O COMPLETO TIPO SPLIT 24,000 BTU, R- 410,V-208-220, NORMAL	3.00	UD	30,932.2 0	92,796.60		16,703.39	0.00	109,499.99
3	5214151 0	AIRE ACONDICIONAD O COMPLETO TIPO SPLIT 12,000 BTU, R- 410,V-208-220, NORMAL	4.00	UD	16,949.1 5	67,796.60		12,203.39	0.00	79,999.99
4	5214151 0	AIRE ACONDICIONAD O COMPLETO TIPO SPLIT 18,000 BTU, R- 410,V-220-, 60 HZNORMAL	1.00	UD	28,389.8 3	28,389.83		5,110.17	0.00	33,500.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>405,932.19</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	73,067.80
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>478,999.99</b>

Observaciones:

Plan de entrega

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Apellido**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Apellido**