



No. EXPEDIENTE  
CECANOT-DAF-CM-2021-0411

Fecha de emisión: 15/11/2021

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: CECANOT-2021-00943

Descripción: **ADQUISICIÓN DE MATERIAL MEDICO PARA ABASTECIMIENTO DE LA FARMACIA Y ALMACÉN GENERAL ( Apósito estéril y Contenedores de Desecho)**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Quirofanos L.Q, SRL**

RNC: **130790884**

Nombre comercial: **Quirofanos L.Q, SRL**

Domicilio comercial: **CALLE LA PAZ, 10135 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-620-2250**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

Plazo de pago con recepción conforme: **60 días**

Monto total: **33,600.00**

Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma  
**RAMON EVANS**  
Nombre y Apellido



Firma  
  
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	4231153 2	APOSITO ESTERIL DE HIDROCOLOI DE IMPERMEABLE COMPUESTO DE CABOXIMETILCELULOSA SODICA, GELATINA 20 CM x30 CM (8x12)	200.00	UD	168.00	33,600.00		0.00	0.00	33,600.00

Subtotal RDS\$	33,600.00
Total Descuentos RDS\$	0.00
Total ITBIS RDS\$	0.00
Total Otros Impuestos RDS\$	0.00
<b>Total RDS\$</b>	<b>33,600.00</b>

Observaciones: SEGÚN COTIZACIÓN NO. 0110019150 DE FECHA 08/11/2021

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
1	APOSITO ESTERIL DE HIDROCOLOIDE IMPERMEABLE COMPUESTO DE CABOXIMETILCELULOSA SODICA, GELATINA 20 CM	Calle federico velasquez # 1 Maria Auxiliadora OZAMA O METROPOLITANA DO	200.00	17/11/2021 9:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

*Lic. Ramon Evans*

Firma

*Lic. Ramón Evans*

Nombre y Apellido



*Dx Felix Lorenzo Valdez Suarez*

Firma

*Dx Felix Lorenzo Valdez Suarez*

Nombre y Apellido

*Uteveria Beltr*





Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	x30 CM (8x12)			

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

*Lic. Ramón Evans*

Firma

*Lic. Ramón Evans*

Nombre y Apellido



*Dr. Felix Lorenzo Valdez Suarez*

Firma

*Dr. Felix Lorenzo Valdez Suarez*

Nombre y Apellido

*Clatteria Bette*

