

**Centro Cardio-Neuro Oftalmologico y Trasplante**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **CECANOT-2019-00137**

Descripción: **Adquisicion De Parche de Ojo**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Ariza Batlle & Co, SRL**

RNC: **101176377**

Nombre Comercial: **Ariza Batlle & Co, SRL**

Domicilio Comercial: **Sarasota, 10111 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-532-8870**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Modalidad de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **183,600.00**

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	42311518	APOSITO DE OJO ESTERIL PARCHE	200.00000	CAJ	540.00000	108000.00000		0.000000	0.000000	108000.000000
1	42311518	PARCHO DE OJOS	7000.00000	UD	10.80000	75600.00000		0.000000	0.000000	75600.000000

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>183,600.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>183,600.00</b>

Observaciones:

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

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

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

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