

No. EXPEDIENTE

CECANOT-DAF-CM-2021-0076

Fecha de emisión: 18/3/2021

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **CECANOT-2021-00169**Descripción: **Adquisición de Reactivos ACCUTELL ELISA**Modalidad de Compras: **Compras Menores****Datos del Proveedor**Razón social: **Bio Nova, SRL**RNC: **131354238**Nombre Comercial: **Bio Nova, SRL**Domicilio Comercial: **Santiago, 10204 - , REPÚBLICA DOMINICANA**Teléfono: **809-221-0013****Datos Generales del Contrato**Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **551,960.00**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	5313163 4	HEPATITIS B ELISA ACCUTELL	15.00	CAJ	7,560.00	113,400.00		0.00	0.00	113,400.00
2	5313163 4	HEPATITIS C ELISA ACCUTELL	15.00	CAJ	13,824.0 0	207,360.00		0.00	0.00	207,360.00
3	5313163 4	ANTI HIV ELISA ACCUTELL	15.00	CAJ	9,180.00	137,700.00		0.00	0.00	137,700.00
4	5313163 4	HBSAg ACCUTELL RAPIDA	10.00	CAJ	2,600.00	26,000.00		0.00	0.00	26,000.00
5	5313163 4	ANTI HVC ACCUTELL RAPIDA	10.00	CAJ	3,600.00	36,000.00		0.00	0.00	36,000.00
6	5313163 4	ANTI HIV ACCUTELL RAPIDA	10.00	CAJ	3,150.00	31,500.00		0.00	0.00	31,500.00

Subtotal RD\$	551,960.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	551,960.00

Observaciones:

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido