

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **CECANOT-2021-00197**Descripción: **Adquisición de cuello cervical y set de mangueras**Modalidad de Compras: **Compras Menores****Datos del Proveedor**Razón social: **Hospal Médica, SRL**RNC: **130963241**Nombre Comercial: **Hospal Médica, SRL**Domicilio Comercial: **Manuel de Jesús Troncoso, Plaza El Alcázar, Suite 103, 10149 - , REPÚBLICA DOMINICANA**Teléfono: **809-683-0014****Datos Generales del Contrato**Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **123,900.00**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
2	42241803	SET DE MANGUERAS DOBLE LUMEN, LONGITUD 5M, ESTERIL, SONOCA NEURO	12.00	UD	8,750.00	105,000.00		0.00	18,900.00	123,900.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>105,000.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	18,900.00
<b>Total RD\$</b>	<b>123,900.00</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