

No. EXPEDIENTE

CECANOT-DAF-CM-2021-0298

Fecha de emisión: 24/8/2021

Centro Cardio-Neuro Oftalmologico y Trasplante
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **CECANOT-2021-00696**

Descripción: **COMPRA DE MEDICAMENTOS VARIOS**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Farach, SA**

RNC: **101062088**

Nombre comercial: **Farach, SA**

Domicilio comercial: **Charles Summer , 10132 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-544-0222**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

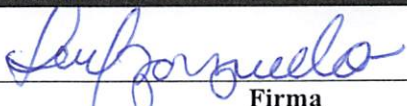
Plazo de pago con recepción conforme: **60 días**

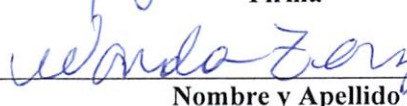
Monto total: **299,120.00**

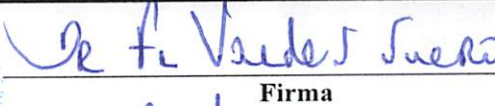
Moneda: **DOP**

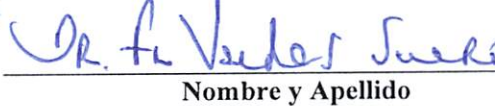
Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


Firma


Nombre y Apellido


Firma


Nombre y Apellido

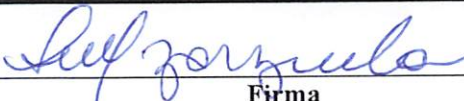
Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit s/ITBIS	Imp Moneda Orig s/ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
3	5119180 2	CLORURO DE POTASIO 20% - 10ML	2,000.00	UD	26.31	52,620.00	0.00	0.00	0.00	52,620.00
4	5114212 3	KETOROLAC O TROMETAMI NA 30MG/1ML	3,000.00	UD	30.00	90,000.00	0.00	0.00	0.00	90,000.00
5	5114212 3	KETOROLAC O TROMETAMI NA 60MG/2ML	2,000.00	UD	55.00	110,000.00	0.00	0.00	0.00	110,000.00
8	5110158 4	GENTAMICIN A 40X20 (INYECTABLE - VIAL DE 80MG/2ML) ANTIBIOTICO AMINOGLUC OSIDO	1,500.00	UD	31.00	46,500.00	0.00	0.00	0.00	46,500.00

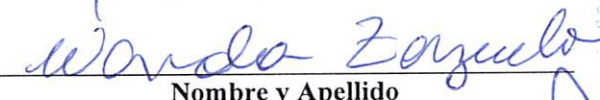
Subtotal RD\$	299,120.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	299,120.00

Observaciones: SEGUN COTIZACION DE FECHA 05/08/2021

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
5	KETOROLACO TROMETAMINA 60MG/2ML	Calle federico velasquez # 1 Maria Auxiliadora OZAMA O METROPOLITANA DO	2,000.00	25/8/2021 8:00:00 a.m.
8	GENTAMICINA 40X20	Calle federico velasquez # 1 Maria Auxiliadora	1,500.00	25/8/2021

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


 Firma


 Nombre y Apellido




 Firma

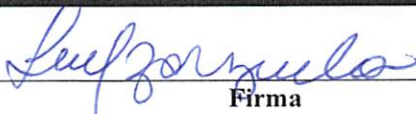

 Nombre y Apellido

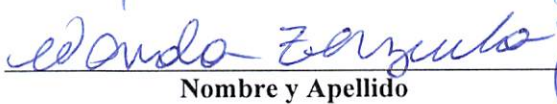


Plan de entrega

Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	(INYECTABLE - VIAL DE 80MG/2ML) ANTIBIOTICO AMINOGLUCOSIDO	OZAMA O METROPOLITANA DO		8:00:00 a.m.
3	CLORURO DE POTASIO 20% - 10ML	Calle federico velasquez # 1 Maria Auxiliadora OZAMA O METROPOLITANA DO	2,000.00	25/8/2021 8:00:00 a.m.
4	KETOROLACO TROMETAMINA 30MG/1ML	Calle federico velasquez # 1 Maria Auxiliadora OZAMA O METROPOLITANA DO	3,000.00	25/8/2021 8:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


 Firma


 Nombre y Apellido




 Firma


 Nombre y Apellido