

No. EXPEDIENTE
HOSPNEYARIAS-UC-CD-2018-0577

Fecha de emisión: 07/06/2018

HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. NEY ARIAS LORA

ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: HOSPNEYARIAS-2018-00669

Descripción: TIEMPO TP

Modalidad de Compras: Compras por Debajo del Umbral

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%

Modalidad de pago: Crédito

Monto Total: 29,760.00

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 |
|------|--------------|---------------------|----------|--------|---------------------|-------------------------|-------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 1 | 4111600 4 | TIEMPOS TP 4X4ML | 120.00 | UD | 248.00 | 29,760.00 | | 0.00 | 0.00 | 29,760.00 |

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido



Firma

Nombre y Apellido



| | |
|----------------------------|------------------|
| Subtotal RD\$ | 29,760.00 |
| Total Descuentos RD\$ | 0.00 |
| Total ITBIS RD\$ | 0.00 |
| Total Otros Impuestos RD\$ | 0.00 |
| Total RD\$ | 29,760.00 |

Observaciones:

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

[Handwritten Signature]

Firma

Amazny Garcia

Nombre y Apellido



[Handwritten Signature]

Firma

Paola Yaret Medina Reyes

Nombre y Apellido



