

No. EXPEDIENTE

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2022-0507

Fecha de emisión: 27/10/2022

HOSPITAL TRAUMATOLOGICO DR. NEY ARIAS LORA
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **HOSPNEYARIAS-2022-01043**

Descripción: **REMODELACIÓN FARMACIA 3ER PISO**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Constructora y Servicios Arlefa, SRL**

RNC: **132267419**

Nombre comercial: **Constructora y Servicios Arlefa, SRL**

Domicilio comercial: **2DS, 11404 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **829-797-6054**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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


Monto total: **251,986.64**

Moneda: **DOP**

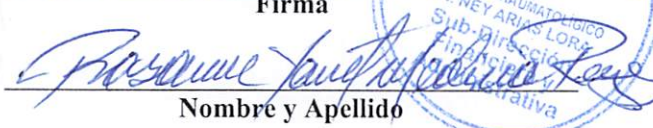
Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


Firma


Nombre y Apellido


Firma


Nombre y Apellido

HOSPNEYARIAS-DAF-CM-2022-0507

| 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 | 7210280 1 | Remodelación farmacia 3er piso | 1.00 | UD | 213,548.0 0 | 213,548.00 | | 38,438.64 | 0.00 | 251,986.64 |

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Subtotal RD\$ | 213,548.00 |
| Total Descuentos RD\$ | 0.00 |
| Total ITBIS RD\$ | 38,438.64 |
| Total Otros Impuestos RD\$ | 0.00 |
| Total RD\$ | 251,986.64 |

Observaciones:

| Plan de entrega | | | | |
|-----------------|--------------------------------|--|-----------------------|----------------------------|
| Ítem | Descripción | Dirección de entrega | Cantidad requerida | Fecha necesidad |
| 1 | Remodelación farmacia 3er piso | PROLONGACION CHARLES DE GAULLE OZAMA O METROPOLITANA DO | 1.00 | 30/12/2022 9:00:00 a.m. |

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido