

No. EXPEDIENTE

SDS-DAF-CM-2020-0021

Fecha de emisión: 3/11/2020

Superintendencia de Seguros

ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **SDS-2020-00083**Descripción: **ADQUISICION DE ACCESORIOS Y SUMINISTROS MEDICOS**Modalidad de Compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Suplimed, SRL**RNC: **101196017**Nombre Comercial: **Suplimed, SRL**Domicilio Comercial: **San Martín, 10100 - , REPÚBLICA DOMINICANA**Teléfono: **809-227-6169**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**Forma de pago: **Transferencia**Plazo de pago con recepción conforme: **30 días**Monto Total: **177,125.00**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	4213160 6	MASCARILLA QUIRURGICAS DESECHABLES 50/1	650.00	CAJ	242.50	157,625.00		0.00	0.00	157,625.00
2	4213160 6	MASCARILLA KN95 CON FILTRO PARA ADULTO COLOR NEGRO 20/1	15.00	CAJ	1,300.00	19,500.00		0.00	0.00	19,500.00

Subtotal RD\$	177,125.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	177,125.00

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
2	MASCARILLA KN95 CON FILTRO PARA ADULTO COLOR NEGRO 20/1	AV. MÉXICO NO.54, LA ESPERILLA OZAMA O METROPOLITANA DO	15.00	10/11/2020 10:00:00 a.m.
1	MASCARILLA QUIRURGICAS DESECHABLES 50/1	AV. MÉXICO NO.54, LA ESPERILLA OZAMA O METROPOLITANA DO	650.00	10/11/2020 10:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido