



No. EXPEDIENTE
PROMESECAL-DAF-CM-2019-0038

Fecha de emisión: 13/08/2019

Programa de Medicamentos Esenciales

ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **PROMESECAL-2019-00278**

Descripción: **Adquisición de Verificadoras de Billetes**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Comercializadora Harif, SRL**

RNC: **131961797**

Nombre Comercial: **Comercializadora Harif, SRL**

Domicilio Comercial: **27 de Febrero, 10108 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **829-345-5489**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Modalidad de pago:

Monto Total: **1,017,463.26**

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 | 44111609 | Verificadora de billetes falsos | 583.000000 | UD | 1479.000000 | 862257.000000 | | 155206.260000 | 0.000000 | 1017463.260000 |

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO


 Firma
 Nombre y Apellido




 Firma
 Nombre y Apellido

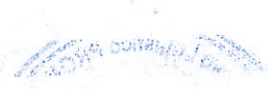
Faint header text, possibly including a date or reference number.

First main paragraph of faint text.

Second main paragraph of faint text.

Third main paragraph of faint text.

Fourth main paragraph of faint text.



Faint text located to the right of the large circular stamp.

| | |
|----------------------------|---------------------|
| Subtotal RD\$ | 862,257.00 |
| Total Descuentos RD\$ | 0.00 |
| Total ITBIS RD\$ | 155,206.26 |
| Total Otros Impuestos RD\$ | 0.00 |
| Total RD\$ | 1,017,463.26 |

Observaciones:

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

| | |
|--|--|
|  Firma |  Firma |
|  |  |
| Nombre y Apellido | Nombre y Apellido |