

Plan de entrega				
Item	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	100X1000			

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

Detalle

Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit \$/ITBIS	Imp Moneda Orig \$/ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1	1510150 6	TICKETS DE COMBUSTIBLE 100X1000	1,000.00	UD	100.00	100,000.00		0.00	0.00	100,000.00
2	1510150 6	TICKETS DE COMBUSTIBLE 400X500	400.00	UD	500.00	200,000.00		0.00	0.00	200,000.00
3	1510150 6	TICKETS DE COMBUSTIBLE 500X200	500.00	UD	200.00	100,000.00		0.00	0.00	100,000.00

Subtotal RD\$	400,000.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	400,000.00

Observaciones:

Plan de entrega				
Item	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	TICKETS DE COMBUSTIBLE 500X200	Av. isabel aguiar, #141, Herrera, Santo domingo oeste 11005 DO	500.00	20/10/2021 10:00:00 a.m.
2	TICKETS DE COMBUSTIBLE 400X500	Av. isabel aguiar, #141, Herrera, Santo domingo oeste 11005 DO	400.00	20/10/2021 10:00:00 a.m.
1	TICKETS DE COMBUSTIBLE	Av. isabel aguiar, #141, Herrera, Santo domingo oeste 11005 DO	100.00	20/10/2021 10:00:00 a.m.

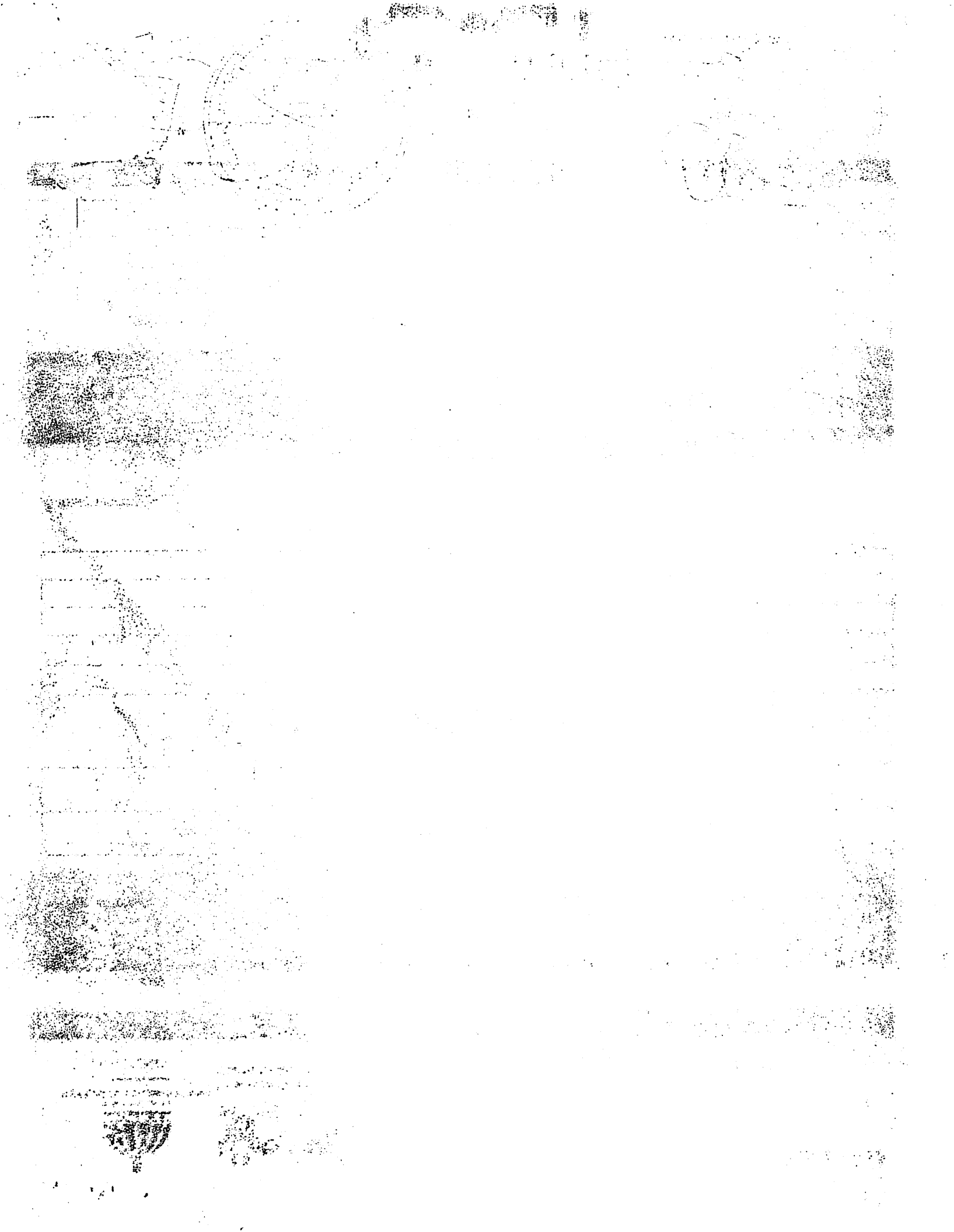
FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido



No. EXPEDIENTE

HOSP MARCELINO VELEZ-DAF-CM-2021-0164

Fecha de emisión: 19/10/2021

Hospital General Regional Dr. Macelino Velez Santana
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **Hosp Marcelino Velez-2021-00503**

Descripción: **COMPRAS DE TICKET DE COMBUSTIBLES NOVIEMBRE DICIEMBRE 2021**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Sunix Petroleum, SRL**

RNC: **130192731**

Nombre comercial: **Sunix Petroleum, SRL**

Domicilio comercial: **Winston Churchill, esq. Rafael Augusto Sanchez, Corporativo Marti,
10127 -, REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-227-0003**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

Plazo de pago con recepción conforme: **90 días**

Monto total: **400,000.00**

Moneda: **DOP**

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido