



No. EXPEDIENTE  
**UASD-DAF-CM-2020-0157**

Fecha de emisión: 27/11/2020

**Universidad Autónoma de Santo Domingo**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **UASD-2020-00159**

Descripción: **ADQUISICION DE UN INCUBADOR IN260 PLUS Y UN REFRIGERADOR PARA LABORATORIO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Centro Dominicano de Tecnología Científica CEDOTECIE, SRL**

RNC: **131659918**

Nombre Comercial: **Centro Dominicano de Tecnología Científica CEDOTECIE, SRL**

Domicilio Comercial: **Avenida Anacaona 43, 10112 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **829-383-6392**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Cheque**

Plazo de pago con recepción conforme: **120 días**

Monto Total: **596,222.14**

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido



*[Handwritten signature]*  
Firma

Nombre y Apellido

UASD-DAF-CM-2020-0157

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	3020190 2	INCUBRADO RIN260 PLUS	1.00	UD	376,300.00	376,300.00	3.00	65,701.98	0.00	430,712.98
2	4111222 0	REFRIGERADOR DE LABORATORIO BIOPASE	1.00	UD	144,600.00	144,600.00	3.00	25,247.16	0.00	165,509.16

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>520,900.00</b>
Total Descuentos RD\$	15,627.00
Total ITBIS RD\$	90,949.14
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>596,222.14</b>

Observaciones:

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO	
Firma	 Firma
Nombre y Apellido	 Nombre y Apellido

UASD-DAF-CM-2020-0157