



Superintendencia de Electricidad

ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **SIE-2020-00292**

Descripción: **Adquisición de insumos de protección personal para prevención contra COVID-19 para colaboradores SIE y Protecom**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **GRUPO TO DO, SRL**

RNC: **131358225**

Nombre Comercial: **GRUPO TO DO, SRL**

Domicilio Comercial: **Robert Scout, 10120 -, REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **849-289-7596**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Cheque**

Plazo de pago con recepción conforme: **30 días**

Monto Total: **37,500.00**

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



SIE-DAF-CM-2020-0031

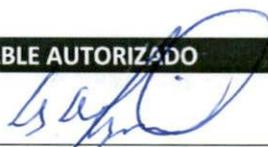
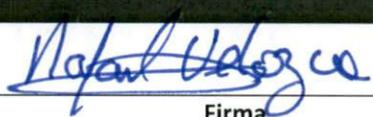
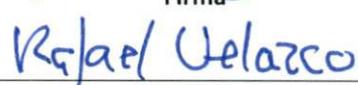
Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit s/ITBIS	Imp Moneda Orig s/ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1	42131606	Mascarilla quirúrgica desechable, triple capa, antifuído, azul para adultos, de alta calidad, caja de 50/1 Comentarios del comprador: de alta calidad, entrega inmediata y a crédito. enviar muestra.	150.00	CAJ	250.00	37,500.00		0.00	0.00	37,500.00

Subtotal RD\$	37,500.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	37,500.00

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
1	Mascarilla quirúrgica desechable, triple capa, antifuído, azul para adultos, de alta calidad, caja de 50/1	AV. JHON F. KENNEDY NO.3	150.00	16/11/2020 10:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

 Firma		 Firma
 Nombre y Apellido		 Nombre y Apellido