

No. EXPEDIENTE

COE-DAF-CM-2020-0003

Fecha de emisión: 31/1/2020

**Centro de Operaciones de Emergencias**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **COE-2020-00007**

Descripción: **ADQUISICIÓN TICKETS DE COMBUSTIBLES SEMESTRAL (ENERO--JUNIO 2020), PARA SER UTILIZADO POR EL PERSONAL QUE TIENE ASIGNACIÓN Y PARA LOS SERVICIOS QUE SE REALIZAN EN EL COE.**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Tomás Gómez Checo, SRL**

RNC: **101056304**

Nombre Comercial: **Tomás Gómez Checo, SRL**

Domicilio Comercial: **San Martín , 10412 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-565-2072**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto Total: **900,000.00**

Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

\_\_\_\_\_  
Firma

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

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
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	15101506	Tickets de Combustible	500.00	GAL	1,000.00	500,000.00		0.00	0.00	500,000.00
2	15101506	Tickets de Combustible	600.00	GAL	500.00	300,000.00		0.00	0.00	300,000.00
3	15101506	Tickets de Combustible	500.00	GAL	200.00	100,000.00		0.00	0.00	100,000.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>900,000.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>900,000.00</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
3	Tickets de Combustible	ORTEGA Y GASSET, ESQ. PEPILLO SALCEDO, PLAZA DE LA SALUD DO	500.00	9/3/2020 11:00:00 a.m.
2	Tickets de Combustible	ORTEGA Y GASSET, ESQ. PEPILLO SALCEDO, PLAZA DE LA SALUD DO	600.00	9/3/2020 11:00:00 a.m.
1	Tickets de Combustible	ORTEGA Y GASSET, ESQ. PEPILLO SALCEDO, PLAZA DE LA SALUD DO	500.00	9/3/2020 11:00:00 a.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido