

**Centro Cardio-Neuro Oftalmologico y Trasplante****ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **CECANOT-2021-00202**Descripción: **Adquisición de Reactivos Varios**Modalidad de Compras: **Compras Menores****Datos del Proveedor**Razón social: **Lambda Diagnósticos, SRL**RNC: **101737751**Nombre Comercial: **Lambda Diagnósticos, SRL**Domicilio Comercial: **Republica de Argentina, 10605 - , REPÚBLICA DOMINICANA**Teléfono: **809-616-2279****Datos Generales del Contrato**Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **74,150.00**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

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	5313163 4	ASO	20.00	UD	1,000.00	20,000.00		0.00	0.00	20,000.00
1	5313163 4	FACTOR REUMATOIDE	10.00	UD	900.00	9,000.00		0.00	0.00	9,000.00
1	5313163 4	PROTEINA C REACTIVA (PCR)	25.00	UD	900.00	22,500.00		0.00	0.00	22,500.00
1	5313163 4	ANTI-A	20.00	UD	200.00	4,000.00		0.00	0.00	4,000.00
1	5313163 4	ANTI-B	20.00	UD	200.00	4,000.00		0.00	0.00	4,000.00
1	5313163 4	ANTI-D	40.00	UD	300.00	12,000.00		0.00	0.00	12,000.00
1	5313163 4	ALBUMINA BOVINO	10.00	UD	265.00	2,650.00		0.00	0.00	2,650.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>74,150.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>74,150.00</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