

No. EXPEDIENTE

CECANOT-DAF-CM-2021-0317

Fecha de emisión: 6/9/2021

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **CECANOT-2021-00731**

Descripción: **ADQUISICIÓN DE REACTIVOS VARIOS SOLICITADO POR EL  
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO ( ASO, FACTOR REUMATOIDE, PROTEINA C  
REACTIVA, VDRL OMEGA, VDRL MEMBRANA)**

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%**

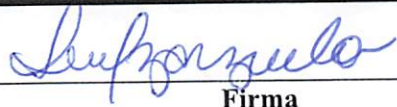
Forma de pago: **Transferencia**

Plazo de pago con recepción conforme: **60 días**

Monto total: **146,788.20**

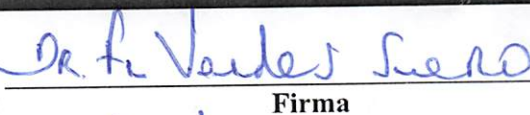
Moneda: **DOP**

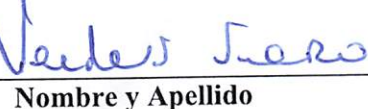
**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma

  
Nombre y Apellido



  
Firma

  
Nombre y Apellido



Detalle

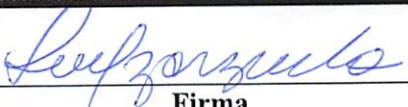
| Item | Código       | Descripción                              | Cantidad | Unidad | Precio Unit<br>s/ITBIS | Imp<br>Moneda<br>Orig<br>s/ITBIS | %<br>Descuento | ITBIS<br>Moneda<br>Orig | Otros<br>Impuestos<br>Moneda<br>Orig | Sub Total<br>Moneda<br>Orig |
|------|--------------|------------------------------------------|----------|--------|------------------------|----------------------------------|----------------|-------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1    | 5313163<br>4 | ASO                                      | 20.00    | UD     | 1,640.00               | 32,800.00                        |                | 0.00                    | 0.00                                 | 32,800.00                   |
| 2    | 5313163<br>4 | FACTOR<br>REUMATOIDE                     | 20.00    | UD     | 1,495.00               | 29,900.00                        |                | 0.00                    | 0.00                                 | 29,900.00                   |
| 3    | 5313163<br>4 | PROTEINA C<br>REACTIVA<br>(PCR)          | 25.00    | UD     | 1,640.00               | 41,000.00                        |                | 0.00                    | 0.00                                 | 41,000.00                   |
| 5    | 5313163<br>4 | VDRL<br>MEMBRANA<br>(17 PAQ./30<br>UDS.) | 510.00   | UD     | 84.49                  | 43,088.20                        |                | 0.00                    | 0.00                                 | 43,088.20                   |

|                            |                   |
|----------------------------|-------------------|
| Subtotal RD\$              | 146,788.20        |
| Total Descuentos RD\$      | 0.00              |
| Total ITBIS RD\$           | 0.00              |
| Total Otros Impuestos RD\$ | 0.00              |
| <b>Total RD\$</b>          | <b>146,788.20</b> |

Observaciones: SEGÚN COTIZACIÓN NO. CT003074 DE FECHA 30/08/2021

| Plan de entrega |                                     |                                                                            |                       |                          |
|-----------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Ítem            | Descripción                         | Dirección de entrega                                                       | Cantidad<br>requerida | Fecha<br>necesidad       |
| 3               | PROTEINA C REACTIVA<br>(PCR)        | Calle federico velasquez # 1 Maria Auxiliadora<br>OZAMA O METROPOLITANA DO | 25.00                 | 8/9/2021<br>9:00:00 a.m. |
| 5               | VDRL MEMBRANA (17 PAQ.<br>/30 UDS.) | Calle federico velasquez # 1 Maria Auxiliadora<br>OZAMA O METROPOLITANA DO | 510.00                | 8/9/2021<br>9:00:00 a.m. |

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

  
 Firma

  
 Nombre y Apellido



  
 Firma

  
 Nombre y Apellido





Plan de entrega

| Ítem | Descripción       | Dirección de entrega                                                       | Cantidad requerida | Fecha necesidad          |
|------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| 1    | ASO               | Calle federico velasquez # 1 Maria Auxiliadora<br>OZAMA O METROPOLITANA DO | 20.00              | 8/9/2021<br>9:00:00 a.m. |
| 2    | FACTOR REUMATOIDE | Calle federico velasquez # 1 Maria Auxiliadora<br>OZAMA O METROPOLITANA DO | 20.00              | 8/9/2021<br>9:00:00 a.m. |

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

*[Firma]*

Firma

*[Nombre y Apellido]*

Nombre y Apellido

*[Firma]*

Firma

*[Nombre y Apellido]*

Nombre y Apellido

