

No. EXPEDIENTE  
**CEMADOJA-DAF-CM-2021-0004**

Fecha de emisión: 25/2/2021

**Centro Educacion Medica de Amistad Dominico-Japonesa**

**ORDEN DE SERVICIOS**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **CEMADOJA-2021-00031**

Descripción: **REEMPLAZO LIQUIDO AL EQUIPO DE RESONANCIA MAGNETICA**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Servicios Electromedicos e Institucionales, SA**

RNC: **101670541**

Nombre Comercial: **Servicios Electromedicos e Institucionales, SA**

Domicilio Comercial: **Francisco Prats Ramirez, 10140 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-563-2626**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto Total: **141,179.92**



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

  
Firma  
  
Nombre y Apellido



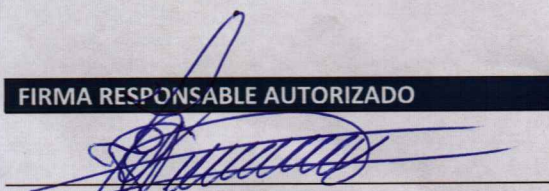
Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit s//ITBIS	Imp Moneda Orig s//ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1	81141804	HORAS EN MANTENIMIEN TO CORRECTIVA / A DOMICILIO	2.00	UD	9,000.00	18,000.00	25.00	0.00	2,430.00	15,930.00
2	81141804	GRAND COIL KIT AZ8104 P/ RESONANCIA REF 9896030331603	1.00	UD	66,216.00	66,216.00		0.00	11,918.88	78,134.88
3	81141804	GAND COLIT KIT NX1164 P/RESONANCIA REF 989603031621	1.00	UD	39,928.00	39,928.00		0.00	7,187.04	47,115.04

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>124,144.00</b>
Total Descuentos RD\$	4,500.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	21,535.92
<b>Total RD\$</b>	<b>141,179.92</b>

Observaciones:

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

  
 Firma  
 Edgar A. Lebrón  
 Nombre y Apellido

  
 Firma  
 Nombre y Apellido