



No. EXPEDIENTE
MIDE-DAF-CM-2022-0218

Fecha de emisión: 2/12/2022

Ministerio de Defensa
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **MIDE-2022-00910**

Descripción: **Adquisición de reactivos de laboratorio e insumos**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Sued & Fargesa, SRL**

RNC: **101027721**

Nombre comercial: **Sued & Fargesa, SRL**

Domicilio comercial: **Máximo Gómez esq. Ramón Santana, 10204 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-682-4344**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **0%**

Forma de pago:

Plazo de pago con recepción conforme:

Monto total: **236,576.00**

Moneda: **DOP**

Detalle

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	12161503	HIV Comentarios proveedor: VIDAS HIV DUO ULTRA 60 PRUEBAS.	5.00	UD	10,957.00	54,785.00		0.00	0.00	54,785.00
2	12161503	HEPATITIS B Comentarios proveedor: VIDAS HBS AG ULTRA 60 PRUEBAS.	5.00	UD	10,444.00	52,220.00		0.00	0.00	52,220.00
3	12161503	HVC Comentarios proveedor: VIDAS ANTI- HCV 60 PRUEBAS.	5.00	UD	10,583.00	52,915.00		0.00	0.00	52,915.00
4	12161503	CORE TOTAL Comentarios proveedor: VIDAS ANTI- HCB TOTAL 60 PRUEBAS.	5.00	UD	14,438.00	72,190.00		0.00	0.00	72,190.00
5	12161503	ROLLOS DE PAPEL Comentarios proveedor: VIDAS PAPER THERM / 5 UD.	1.00	UD	4,466.00	4,466.00		0.00	0.00	4,466.00

	Subtotal RDS	236,576.00
	Total Descuentos RDS	0.00
	Total ITBIS RDS	0.00
	Total Otros Impuestos RDS	0.00
	Total RDS	236,576.00

Observaciones: Para ser utilizados en el Laboratorio del Banco de Sangre y Hemoderivados de las Fuerzas Armadas.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

LIC. JERSON Y. GONZALEZ SANTANA
Teniente Coronel Contador, E.R.D.
Subdirector de Compras, MIDE.

Nombre y Apellido

SHEILLA P. HENRIQUEZ PAULINO
Firma
Mayor, E.R.D.
Directora General Financiera del Ministerio de Defensa

Nombre y Apellido



Plan de entrega

Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
4	CORE TOTAL	Av. 27 de Febrero Esq. Luperón OZAMA O METROPOLITANA DO	5.00	5/12/2022 8:00:00 a.m.
5	ROLLOS DE PAPEL	Av. 27 de Febrero Esq. Luperón OZAMA O METROPOLITANA DO	1.00	5/12/2022 8:00:00 a.m.
3	HVC	Av. 27 de Febrero Esq. Luperón OZAMA O METROPOLITANA DO	5.00	5/12/2022 8:00:00 a.m.
1	HIV	Av. 27 de Febrero Esq. Luperón OZAMA O METROPOLITANA DO	5.00	5/12/2022 8:00:00 a.m.
2	HEPATITIS B	Av. 27 de Febrero Esq. Luperón OZAMA O METROPOLITANA DO	5.00	5/12/2022 8:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido