

No. EXPEDIENTE

MISPAS-DAF-CM-2021-0219

Fecha de emisión: 1/11/2021

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **MISPAS-2021-00700**

Descripción: **Impresión de materiales, según oficios PAI-ADM-00296-2021 y DCOM:153-2021.**
Relacionado con el proceso MISPAS-DAF-CM-2021-0193.

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **Servicios Graficos Tito, EIRL**

RNC: **130885036**

Nombre comercial: **Servicios Graficos Tito, EIRL**

Domicilio comercial: **San Martin, Plaza San Martin, Local 32, 10412 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-681-0582**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **20.000000%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto total: **708,000.00**

Moneda: **DOP**

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

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 |
|------|----------|--|------------|--------|---------------------|-------------------------|-------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 1 | 82121503 | Impresión tarjetas de vacunación, según ficha técnica. | 600,000.00 | UD | 1.00 | 600,000.00 | | 108,000.00 | 0.00 | 708,000.00 |

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Subtotal RD\$ | 600,000.00 |
| Total Descuentos RD\$ | 0.00 |
| Total ITBIS RD\$ | 108,000.00 |
| Total Otros Impuestos RD\$ | 0.00 |
| Total RD\$ | 708,000.00 |

Observaciones:

Plan de entrega

| Ítem | Descripción | Dirección de entrega | Cantidad requerida | Fecha necesidad |
|------|--|--|--------------------|-------------------------|
| 1 | Impresión tarjetas de vacunación, según ficha técnica. | Av. Hector Homero Hernandez V, Esq. Tiradentes, Ensanche La Fe 1051 DO | 600,000.00 | 5/11/2021 12:00:00 a.m. |

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido