

No. EXPEDIENTE

MISPAS-DAF-CM-2022-0259

Fecha de emisión: 27/10/2022

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ORDEN DE COMPRA

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **MISPAS-2022-00914**

Descripción: **Contratación de Salón de Hotel, Dirigido a MiPymes, según oficio OCGDR-2022-2866 d/f 09/09/2022 suscrito por el Dr. Fernando J. Ureña G, Viceministro de Salud Publica,(OCGDR) y según VMSC-DESP-1746-2022, de fecha 27/06/2022, suscrito por el Dr. Eladio Perez, Viceministro de Salud Colectiva.**

Lote 1 DA-AS-0221-2022

Lote 2 DA-AS-0193-2022

Modalidad de compras: **Compras Menores**

Datos del Proveedor

Razón social: **GGM Comunicaciones Integrales, SRL**

RNC: **132256905**

Nombre comercial: **GGM Comunicaciones Integrales, SRL**

Domicilio comercial: **José Contreras , 10108 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **849-295-5055**

Datos Generales del Contrato

Anticipo: **20.000000%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Monto total: **212,400.00**

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
	90111501	Salón de hotel para 28 personas, con refrigerio, para la realización de las reuniones por 02 días, lugar en Santo Domingo 09:00 A.M. hasta las 12:00 P.M.	1.00	UD	180,000.00	180,000.00		32,400.00	0.00	212,400.00

Subtotal RD\$	180,000.00
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	32,400.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	212,400.00

Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	Salón de hotel para 28 personas, con refrigerio, para la	Av. Tiradente ,esq. Hector Homero10514 OZAMA O METROPOLITANA DO	1.00	4/11/2022 4:00:00 p.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	realización de las reuniones por 02 días, lugar en Santo Domingo 09:00 A.M. hasta las 12:00 P.M.			

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

Firma

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido