

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-2022-00915**

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: **796,500.00**

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
1	90111501	Salón de hotel para 50 personas, con refrigerio y almuerzos, para la realización de las reuniones por 04 días, lugar en Santo Domingo 08:00 A.M. hasta las 05:00 P.M	1.00	UD	675,000.00	675,000.00		121,500.00	0.00	796,500.00

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>675,000.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	121,500.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>796,500.00</b>

### Observaciones:

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
1	Salón de hotel para 50 personas,	Av. Tiradente ,esq. Hector Homero10514 OZAMA O METROPOLITANA DO	1.00	3/11/2022 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
	con refrigerio y almuerzos, para la realización de las reuniones por 04 días, lugar en Santo Domingo 08:00 A.M. hasta las 05:00 P.M			

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Apellido**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Apellido**