



No. EXPEDIENTE  
**PROMESECAL-DAF-CM-2019-0016**

Fecha de emisión: 09/05/2019

**Programa de Medicamentos Esenciales  
ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **PROMESECAL-2019-00156**

Descripción: **Servicios de coffee breaks para actividades de la institucion**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Nigpers Soluciones, SRL**

RNC: **131236146**

Nombre Comercial: **Nigpers Soluciones, SRL**

Domicilio Comercial: **F., 10100 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **829-285-5140**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Modalidad de pago: **Crédito**

Monto Total: **191,496.30**

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	5019280 1	Servicio de Coffee Break para 70 personas	1.00	UD	24,430.0 0	24,430.00		4,397.40	0.00	28,827.40
2	5019280 1	Servicio de Coffee Break	1.00	UD	17,450.0 0	17,450.00		3,141.00	0.00	20,591.00

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

*M. Arredondo*  
 \_\_\_\_\_  
 Firma  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido



*[Signature]*  
 \_\_\_\_\_  
 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
		para 50 personas								
3	50192801	Servicio de Coffee Break para 60 personas	2.00	UD	20,940.00	41,880.00		7,538.40	0.00	49,418.40
4	50192801	Servicio de Coffee Break para 120 personas	1.00	UD	41,880.00	41,880.00		7,538.40	0.00	49,418.40
5	50192801	Servicio de Coffee Break para 25 personas	1.00	UD	8,725.00	8,725.00		1,570.50	0.00	10,295.50
6	50192801	Servicio de Coffee Break para 40 personas	2.00	UD	13,960.00	27,920.00		5,025.60	0.00	32,945.60

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>162,285.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	29,211.30
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>191,496.30</b>

Observaciones:

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

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

*M. Anís*  
 \_\_\_\_\_  
 Firma  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido



*A. H.*  
 \_\_\_\_\_  
 Firma  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido

