



No. EXPEDIENTE  
**CAID-DAF-CM-2022-0050**

Fecha de emisión: 1/12/2022

**Centro de Atención Integral para la Discapacidad**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **CAID-2022-00123**

Descripción: **Adquisición de tazas personalizadas para los colaboradores del CAID y sus diferentes sedes.**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Dento Media, SRL**

RNC: **131133703**

Nombre comercial: **Dento Media, SRL**

Domicilio comercial: **Expreso V Centenario, Edificio Los Profesionales II, 10412 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-405-9660**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

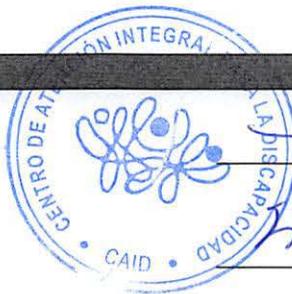
Plazo de pago con recepción conforme: **30 días**

Monto total: **152,190.50**

Moneda: **DOP**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
Firma  
  
Nombre y Apellido

  
  
Firma  
  
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	5215210 1	Tazas con aza 12 onzas color blanco con nombre e imagen para entrega a colaboradores de la RED CAID y sus diferentes sedes. Ver imagen de referencia en las especificaciones anexa.	469.00	UD	275.00	128,975.00		23,215.50	0.00	152,190.50

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>128,975.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	23,215.50
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>152,190.50</b>

Observaciones:

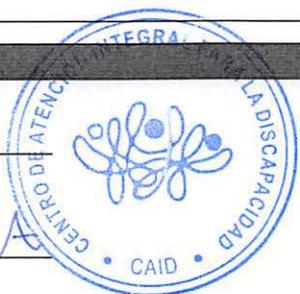
Plan de entrega

Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
1	Tazas con aza 12 onzas color blanco con nombre e imagen para entrega a colaboradores de la RED CAID y sus diferentes	AV. Luperón esquina Enriquillo, zona industrial de Herrera.	469.00	9/12/2022 9:00:00 a.m.

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

*Rox Castro A*  
Firma

*Roxanna Castro A*  
Nombre y Apellido



*[Signature]*  
Firma

*[Signature]*  
Nombre y Apellido



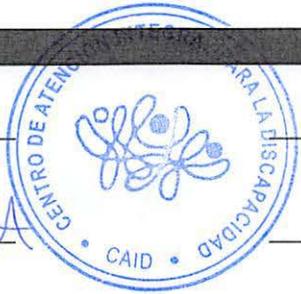
Plan de entrega

Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	sedes. Ver imagen de referencia en las especificaciones anexa.			

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

*José Castro A*  
Firma

*Rosemaría Castro A*  
Nombre y Apellido



*[Signature]*  
Firma

*[Signature]*  
Nombre y Apellido