



No. EXPEDIENTE  
**CAID-DAF-CM-2022-0043**

Fecha de emisión: 11/11/2022

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

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **CAID-2022-00113**

Descripción: **Contratacion de servicio para realizar actividad de integración a los colaboradores del Centro de Atencion Integral para la Discapacidad en sus diferentes sedes.**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **HV Medisolutions, SRL**

RNC: **130974782**

Nombre comercial: **HV Medisolutions, SRL**

Domicilio comercial: **Maria de Regla, 10107 -, REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-518-7725**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

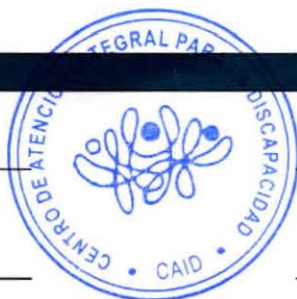
Monto total: **884,014.70**

Moneda: **DOP**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

*Melvin Reyes*  
Firma

*Melvin Reyes*  
Nombre y Apellido



*[Signature]*  
Firma



*[Signature]*  
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	80141902	Contratacion de servicio para realizar actividad de integraci3n a los colaboradores del Centro de Atencion Integral para la Discapacidad sede santo domingo oeste. Comentarios del comprador: Fecha Actividad 16 Diciembre 2022	1.00	UD	430,500.00	430,500.00		77,490.00	0.00	507,990.00
2	80141902	Contratacion de servicio para realizar actividad de integraci3n a los colaboradores del Centro de Atencion Integral para la Discapacidad sede santiago. Comentarios del comprador: Fecha Actividad 16 Diciembre 2022	1.00	UD	318,665.00	318,665.00		57,359.70	0.00	376,024.70

<b>Subtotal RDS</b>	<b>749,165.00</b>
Total Descuentos RDS	0.00
Total ITBIS RDS	134,849.70
Total Otros Impuestos RDS	0.00
<b>Total RDS</b>	<b>884,014.70</b>

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

 _____ <b>Firma</b>		 _____ <b>Firma</b>
 _____ <b>Nombre y Apellido</b>		 _____ <b>Nombre y Apellido</b>

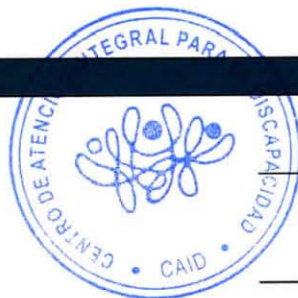
**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
2	Contratacion de servicio para realizar actividad de integración a los colaboradores del Centro de Atencion Integral para la Discapacidad sede santiago.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ítem No. 1 Sede Santo Domingo Oeste: Ave. Luperón casi esq. Enriquillo. Fecha 16 diciembre 2022</li> <li>•Ítem No. 2 Santiago: Ave. Circunvalación No. 454, casi esq. Hispanoamericana, CONANI, frente al politécnico IPISA Santiago. Fecha 16 diciembre 2022</li> </ul>	1.00	16/12/2022 8:00:00 a.m.
1	Contratacion de servicio para realizar actividad de integración a los colaboradores del Centro de Atencion Integral para la Discapacidad sede santo domingo oeste.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ítem No. 1 Sede Santo Domingo Oeste: Ave. Luperón casi esq. Enriquillo. Fecha 16 diciembre 2022</li> <li>•Ítem No. 2 Santiago: Ave. Circunvalación No. 454, casi esq. Hispanoamericana, CONANI, frente al politécnico IPISA Santiago. Fecha 16 diciembre 2022</li> </ul>	1.00	16/12/2022 8:00:00 a.m.

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

*[Handwritten Signature]*  
Firma

*[Handwritten Name]*  
Nombre y Apellido



*[Handwritten Signature]*

Firma

*[Handwritten Name]*  
Nombre y Apellido