

No. EXPEDIENTE

AGN-DAF-CM-2022-0006

Fecha de emisión: 31/3/2022

**Archivo General de la Nación**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **AGN-2022-00027**

Descripción: **ADQUISICIÓN DE MASCARILLAS QUIRÚRGICAS, GUANTES Y GORROS PARA USO DE ESTE ARCHIVO GENERAL DE LA NACIÓN.**

Modalidad de compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Distheca, SRL**

RNC: **132099273**

Nombre comercial: **Distheca, SRL**

Domicilio comercial: **TRES , 10136 - , REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-381-5553**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Forma de pago: **Transferencia**

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

Monto total: **105,350.40**

Moneda: **DOP**

**Detalle**

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

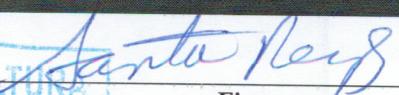


Firma



Nombre y Apellido





Firma



Nombre y Apellido

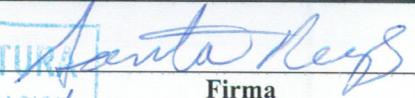
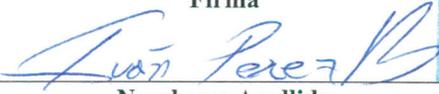
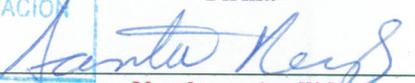
Item	Código	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio Unit s/ITBIS	Imp Moneda Orig s/ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
2	42132203	Guantes desechables quirúrgicos (Large)	8,000.00	UD	3.72	29,760.00		5,356.80	0.00	35,116.80
3	42132203	Guantes desechables quirúrgicos (Medium)	8,000.00	UD	3.72	29,760.00		5,356.80	0.00	35,116.80
4	42132203	Guantes desechables quirúrgicos (Small)	8,000.00	UD	3.72	29,760.00		5,356.80	0.00	35,116.80

<b>Subtotal RDS</b>	<b>89,280.00</b>
Total Descuentos RDS	0.00
Total ITBIS RDS	16,070.40
Total Otros Impuestos RDS	0.00
<b>Total RDS</b>	<b>105,350.40</b>

**Observaciones:**

Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
4	Guantes desechables quirúrgicos (Small)	C/Modesto Díaz no.2, Zona Universitaria OZAMA O METROPOLITANA DO	8,000.00	29/4/2022 12:00:00 a.m.
3	Guantes desechables quirúrgicos (Medium)	C/Modesto Díaz no.2, Zona Universitaria OZAMA O METROPOLITANA DO	8,000.00	29/4/2022 12:00:00 a.m.
2	Guantes desechables	C/Modesto Díaz no.2, Zona Universitaria OZAMA O METROPOLITANA DO	8,000.00	29/4/2022 12:00:00 a.m.

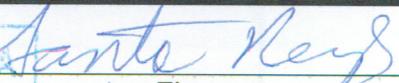
**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

 Firma		 Firma
 Nombre y Apellido		 Nombre y Apellido



Plan de entrega				
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad
	quirúrgicos (Large)			

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

 Firma <hr/> Juan Pérez Nombre y Apellido		 Firma <hr/> Santo Reyes Nombre y Apellido
---	--	---