



No. EXPEDIENTE

CNSS-DAF-CM-2021-0023

Fecha de emisión: 23/7/2021

Consejo Nacional de la Seguridad Social ORDEN DE SERVICIOS

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: CNSS-2021-00099

Descripción: ADQUISICION SERVICIOS DE CONSULTORIA (ELABORACION DEL PLAN DE EXPANSION DE LOS SERVICIOS REGIONALES DEL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL (SDDD) Y DE LAS COMISIONES MEDICAS NACIONAL Y REGIONALES (CMNR)

Modalidad de compras: Compras Menores

Datos del Proveedor

Razón social:

Rocio Alexandra Morillo Velastegui

RNC: 00118180090

Nombre comercial: Rocio Alexandra Morillo Velastegui

Domicilio comercial:

Eduardo Vicioso, 10112 - , REPÚBLICA DOMINICANA

Teléfono: 809-284-2293

Datos Generales del Contrato

Anticipo: 20.000000%

Forma de pago: Transferencia

Plazo de pago con recepción conforme: 30 días

Monto total: 730,000.00

Moneda: DOP

Detalle

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

PATRICIA AYBAR

Nombre y Apellido

Sirman Sirman

FELIX ARACENA VARGAS

Nombre y Apellido





Item	Código	Descripción	Cantidad	Unida d	Precio Unit s/ITBIS	Imp Moneda Orig s/ITBIS	% Descuento	ITBIS Moneda Orig	Otros Impuestos Moneda Orig	Sub Total Moneda Orig
1	8010150	SERVICIOS	1.00	UD	618,644.	618,644.0		111,355.9	0.00	730,000.00
	4	DE			07	7		3	×2	
		CONSULTO								
		RIA , ELABORACI								
		ON DEL								
		PLAN DE								
		EXPANCION				×				
		DE LOS								
		SERVICIOS							E	
		REGIONALE		10						
	1 8	S DEL								
		SISTEMA DOMINICAN		10						×
		O DE								
		SEGURIDAD	7							
		F SOCIAL							- 8 '- B '	
		(SDSS) Y DE					1.0		- 10 H	
		LAS								
		COMISIONE			(8)					
		S MEDICAS						li li	1	
		NACIONALE S Y								
		REGIONALE								
		S (CMNR)								

Subtotal RD\$	618,644.07
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	111,355.93
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
Total RD\$	730,000.00

Observaciones:

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Hatrica Cybes Rub

Firma'

PATRICIA AYBAR

Nombre y Apellido

Firma

FELLEN ARACENA VARGAS

Nombre Apellido

CNSS-DAF-CM-2021-0023





CANC	Plan de entrega							
Ítem	Descripción	Dirección de entrega	Cantidad requerida	Fecha necesidad				
3				X .				

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

Firma

PATRICIA AYBAR

Nombre y Apellido

FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO

PATRICIA AYBAR

Nombre y Apellido

Nombre y Apellido

