

No. EXPEDIENTE  
**CNSS-UC-CD-2018-0019**

Fecha de emisión: 09/03/2018

**Consejo Nacional de la Seguridad Social**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **CNSS-2018-00026**

Descripción: **Publicación espacio pagado en periódico, Extensión plazo cobertura de atenciones médicas por accidentes de tránsito.**

Modalidad de Compras: **Compras por Debajo del Umbral**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **EDITORA EL CARIBE, SA**

RNC: **101003561**

Nombre Comercial: **EDITORA EL CARIBE, SA**

Domicilio Comercial: **C/ DR. DEFILLO NO. 4, LOS PADROS, DISTRITO NACIONAL, -, REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-683-8300**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Modalidad de pago: **Crédito**

Monto Total: **39,268.04**

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	55101519	Publicación Extensión plazo cobertura atenciones por	1.00	UD	33,278.00	33,278.00		5,990.04	0.00	39,268.04

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

Firma

Nombre y Apellido

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
		FONAMAT								

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>33,278.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	5,990.04
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>39,268.04</b>

Observaciones:

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

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

<p><i>Per</i></p> <p>_____ Firma</p> <p>_____ Nombre y Apellido</p>	 <p>CNSS-UC-CD-2018-0619 Santo Domingo, R.D.</p>	<p>_____ Firma</p> <p>_____ Nombre y Apellido</p>	 <p>Santo Domingo, R.D.</p>
---	---	---	--