



No. EXPEDIENTE  
**TSS-DAF-CM-2018-0033**

Fecha de emisión: 30/10/2018

**Tesorería de la Seguridad Social**  
**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: **TSS-2018-00198**

Descripción: **Servicio de Capacitaciones Colaboradores de la TSS**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA**

RNC: **401052326**

Nombre Comercial: **UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA**

Domicilio Comercial: **AV. FRANCIA NO. 129, GAZCUE, DISTRITO NACIONAL, -, REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-689-4111**

**CONFIRMACION PAGO AL DIA**  
TSS   
DGII   
FECHA 31/10/18

**CONTROL Y ANÁLISIS**  
31 OCT 2018  
*[Firma]*  
**DE LAS OPERACIONES**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Modalidad de pago:

Monto Total: **75,000.00**

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
4	86101807	Capacitacion primeros Auxilios	1.00	UD	75,000.00	75,000.00		1.00	0.00	75,000.00

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma

Nombre y Apellido

Firma

Nombre y Apellido

<b>Subtotal RD\$</b>	<b>75,000.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>75,000.00</b>

**Observaciones:**

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

**CONTROL Y ANÁLISIS**  
**31 OCT 2018**  
**DE LAS OPERACIONES**

**CONFIRMACION**  
**PAGO AL DIA**  
 TSS    
 DGII    
 FECHA 31/10/18

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
 Firma  
 Nombre y Apellido

  
 Firma  
 Nombre y Apellido

No. EXPEDIENTE  
**TSS-DAF-CM-2018-0033**

Fecha de emisión: 30/10/2018

**Tesorería de la Seguridad Social**

**ORDEN DE COMPRA**

UNIDAD OPERATIVA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES

No. Orden: TSS-2018-00197

Descripción: **Servicio de Capacitaciones Colaboradores de la TSS**

Modalidad de Compras: **Compras Menores**

**Datos del Proveedor**

Razón social: **Instituto Meraki de Felicidad Laboral, SRL**

RNC: **131486551**

Nombre Comercial: **Instituto Meraki de Felicidad Laboral, SRL**

Domicilio Comercial: **Presidente Vásquez, 11500 -, REPÚBLICA DOMINICANA**

Teléfono: **809-435-5564**

**CONFIRMACION PAGO AL DIA**  
TSS   
DGII   
FECHA **31/10/18**

**Datos Generales del Contrato**

Anticipo: **0%**

Modalidad de pago:

Monto Total: **17,200.00**

Moneda: **DOP**

**CONTROL Y ANALISIS**  
**31 OCT 2018**  
**DE LAS OPERACIONES**

**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
3	8610180 7	Participacion Congreso Felicidad Laboral Para 4 Colaboradoras	4.00	UD	4,300.00	17,200.00		0.00	0.00	17,200.00

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

Firma  
Nombre y Apellido

Firma  
Nombre y Apellido

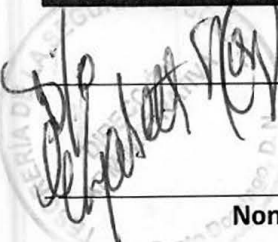
<b>Subtotal RD\$</b>	<b>17,200.00</b>
Total Descuentos RD\$	0.00
Total ITBIS RD\$	0.00
Total Otros Impuestos RD\$	0.00
<b>Total RD\$</b>	<b>17,200.00</b>

**Observaciones:**

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

**CONTROL Y ANÁLISIS**  
 31 OCT 2018  
 DE LAS OPERACIONES

**FIRMA RESPONSABLE AUTORIZADO**

  
 Firma  
 Nombre y Apellido

  
 Firma  
 Nombre y Apellido

