



MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
 MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
 RUT: 69264700-9
 DIRECCIÓN: OROZIMBO BARBOSA 104 PARQUE LOS CASTAÑOS
 FONO: 2508100 FAX:2508138

OC

405

miércoles, 13 de diciembre de 2017

| | | | |
|---------------|---|--|---------|
| SEÑORES | INMUNOMEDICA SALUD S.A. | | |
| DIRECCION | 00 | | |
| R.U.T | 76702540-8 | Fono 2466200 | Fax N/T |
| CIUDAD | CHIGUAYANTE | | |
| SOLICITADO | DIDECO | Autorizado SONIA PAZ SALDIAS VASQUEZ | |
| FINALIDAD | SERVICIO DE EXAMNE MEDICO, OPI N° 3584, PROG. ASISTENCIA SOCIAL, ENCARGADA KARINA MATISEN | | |
| PLAZO ENTREGA | 0 Días | | |
| PUESTO EN: | BOD. DIDECO | DIREC.:CALLE COCHRANE 253, CHIGUAYANTE | |
| N.PEDIDO : | 3584 | | |

| CODIGO | CANTIDAD | UNIDAD | ESPECIFICACIONES | P.UNITARIO | TOTAL |
|---|----------|--------|--|------------|--------|
| | 1 | 1 | ECOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO <hr/> F.S. N° 1135/17 ASISTENCIA SOCIAL | 32.500, | 32.500 |
| CONDICIONES GENERALES | | | | DESC. | |
| 1.- La Factura deberá ser enviada en triplicado acompañada de esta orden de compra original | | | | NETO | 32.500 |
| 2.- Esta Orden de Compra, sólo será válida, con los productos y valores antes mencionados. | | | | IVA | |
| | | | | TOTAL | 32.500 |

| COD.PRESUPUESTARIO | DESCRIPCION | MONTO DE LA COMPRA |
|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| 2152401007001 | FONDO DE ASISTENC.SOC.EMERGENCIA | 32.500 |


 LORENA PARDO CERNA
 ENCARGADA DE ADQUISICIONES


 SONIA SALDIAS VASQUEZ
 DIRECTORA DE ADM. Y FINANZAS

*** INGRESO DE FACTURA POR OFICINA DE PARTES DE LUN. A VIERNES DE 8:30 A 14:00, DIRECCION OROZIMBO BARBOSA 104, CHIGUAYANTE.***
 EL MUNICIPIO NO SE HARÁ RESPONSABLE DE EXTRAVIO DE FACTURAS INGRESADAS EN OTRAS DEPENDENCIAS.