



MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE

OC

ADMINISTRACION DAS

RUT: 69264700-9

362

DIRECCIÓN: Orozimbo Barbosa 104 Chiguayante

FONO: 2360708 FAX:2369907

viernes, 23 de marzo de 2018

SEÑORES	SOC.DE MANUFACTURA DE EQUIPOS DENTALES LIMITADA		
DIRECCION	EXEQUIEL FERNNADEZ 2841 0		
R.U.T	85025400-1	Fono 47	Fax N/T
CIUDAD	SANTIAGO		
SOLICITADO	DIRECCION DE SALUD	Autorizado	
FINALIDAD	TRASFORMADOR DENTAL		
PLAZO ENTREGA	0 Días		
PUESTO EN:	LOCAL PROVEEDOR		
N.PEDIDO :			

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	P.UNITARIO	TOTAL
	1		TRASFORMADOR, UNIK KOMFORT , 4 ENCHUFES PRIMERA Y SEGUNDA VERSION	39.235,	39.235

CONDICIONES GENERALES

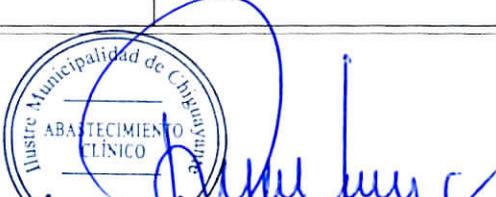
- 1.- La Factura deberá ser enviada en triplicado acompañada de esta orden de compra original
- 2.- Esta Orden de Compra, sólo será válida, con los productos y valores antes mencionados.

DESC.	
NETO	39.235
IVA	7.455
TOTAL	46.690

COD.PRESUPUESTARIO	DESCRIPCION	MONTO DE LA COMPRA
2152204012001	Otros materiales, repuestos y utiles diversos Gestión	46.690


DIRECTOR
 PABLO BELLOY KUHN
 DIRECTOR D.A.S. (S)


JEFE DEPTO. ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
 HUGOLINA SANHUEZA FUENTES
 JEFE DEPTO. ADM. Y FINANZAS


ABASTECIMIENTO CLÍNICO
 D.A.S. CAROLINA REYES HERRERA
 ABASTECIMIENTO CLINICO