

jueves, 19 de abril de 2018

SEÑORES	INMUNOMEDICA SALUD S.A.		
DIRECCION	00		
R.U.T	76702540-8	Fono 2466200	Fax N/T
CIUDAD	CHIGUAYANTE		
SOLICITADO	DIDECO	Autorizado	HCHN
FINALIDAD	Ecografia hombro derecho opi 395 DIDECO Asistencia Social, F.S. 217-18, encargada Karina Matisen.		
PLAZO ENTREGA	1 Dias		
PUESTO EN:	LOCAL PROVEEDOR		
N.PEDIDO :	395		

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	P.UNITARIO	TOTAL
	1		ECOGRAFIA HOMBRO DERECHO COD. 0404016 OPI 395 DIDECO ASISTENCIA SOCIAL, F.S. 217-18, ENCARGADA KARINA MATISEN.	32.500,	32.500

NOTA

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	32.500
IVA	
TOTAL	32.500

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

MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
Encargada de Adquisiciones
LORENA PARDO CERNA
ENCARGADA DE ADQUISICIONES

MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
DIRECTOR ADMINISTRACIONES
HECTOR CHAVEZ NORIEGA
DIRECTOR DAF (S)

*** 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.