



MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE  
 DEPTO. ADMINISTRACION DAS  
 RUT: 69264700-9

OC

DIRECCIÓN: Orozimbo Barbosa 104 Chiguayante  
 FONO: 2360708 FAX:2369907

534

jueves, 11 de abril de 2019

SEÑORES	IMPORTADORA Y COMERCIALIZADORA RE-MED LIMITADA		
DIRECCION			
R.U.T	76628610-0	Fono N/T	Fax N/T
CIUDAD	CHIGUAYANTE		
SOLICITADO	DIRECCION DE SALUD	Autorizado	
FINALIDAD	Compra test de Embarazo		
PLAZO ENTREGA	0 Días		
PUESTO EN:	LOCAL PROVEEDOR		
N.PEDIDO :			


CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	P.UNITARIO	TOTAL
	2		TEST RÁPIDO DE EMBARAZO HCG CASSETTE ORINA/25l	4.750,	9.500

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	9.500
IVA	1.805
TOTAL	11.305

COD.PRESUPUESTARIO	DESCRIPCION	MONTO DE LA COMPRA
2152204004003	Productos Farmacéuticos Farmacia Municipal	11.305

  
 CARLOS MARIANGEL HORMAZÁBAL  
 DIRECTOR(S) D.A.S.

  
 JEFE DE  
 FINANZAS  
  
 HÉCTOR SALAS ARANEDA  
 JEFE DE FINANZAS (S)

  
 UNIDAD DE  
 COMPRAS  
 Y  
 LOGÍSTICA  
 D.A.S.  
  
 HELMUTH KUTCHARTT NAVARRO  
 UNIDAD DE COMPRAS Y LOGÍSTICA