



MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE

OC

DEPTO. ADMINISTRACION DAS

1209

RUT: 69264700-9

DIRECCIÓN: Orozimbo Barbosa 104 Chiguayante


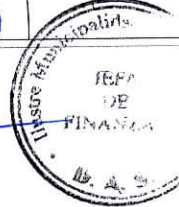
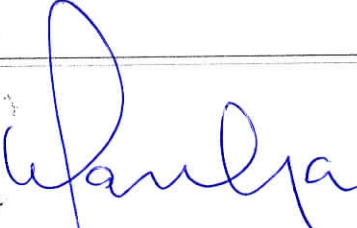

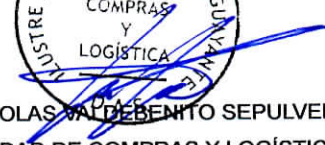
jueves, 25 de julio de 2019

FONO: 2360708 FAX:2369907

SEÑORES	ITF LABOMED FARMACEUTICA LIMITADA.		
DIRECCION	CERRO EL PLOMO PISO 14 OFICINA 1405 5420		
R.U.T	96884770-8	Fono N/T	Fax N/T
CIUDAD	SANTIAGO		
SOLICITADO	DIRECCION DE SALUD	Autorizado	
FINALIDAD	FARMACO FARMACIA MUNICIPAL		
PLAZO ENTREGA	0 Días		
PUESTO EN:	LOCAL PROVEEDOR		
N.PEDIDO :			

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	P.UNITARIO	TOTAL
	1		CARDICON RETARD 20MG X 1000 COMPRIMIDOS	8.200,	8.200
CONDICIONES GENERALES				DESC.	
1.- La Factura deberá ser enviada en triplicado acompañada de esta orden de compra original				NETO	8.200
2.- Esta Orden de Compra, sólo será válida, con los productos y valores antes mencionados.				IVA	1.558
				TOTAL	9.758

COD.PRESUPUESTARIO	DESCRIPCION	MONTO DE LA COMPRA
2152204004003	Productos Farmacéuticos Farmacia Municipal	9.758

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

HUGOLINA SANHUEZA FUENTES
 JEFE DE FINANZAS

NICOLAS VALDIBENTITO SEPULVEDA
 UNIDAD DE COMPRAS Y LOGÍSTICA