



MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE

OC

DEPTO. ADMINISTRACION DAS

705

RUT: 69264700-9

DIRECCIÓN: Orozimbo Barbosa 104 Chiguayante

FONO: 2360708 FAX:2369907

miércoles, 15 de mayo de 2019

SEÑORES	GONZALEZ PALAZZI MARIA ELENA		
DIRECCION	CAUPOLICAN 1058		
R.U.T	8769867-K	Fono N/T	Fax N/T
CIUDAD	CONCEPCIÓN		
SOLICITADO	DIRECCION DE SALUD	Autorizado	
FINALIDAD	COMPROBANTES DE INGRESO PARA FARMACIA MUNICIPAL		
PLAZO ENTREGA	0 Días		
PUESTO EN:	LOCAL PROVEEDOR		
N.PEDIDO :			


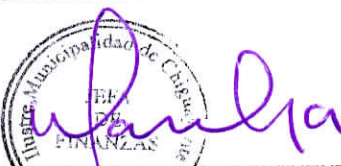

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	P.UNITARIO	TOTAL
	1400		FORMULARIO INGRESO N°, IMPRESIÓN A 5/0 COLORES DE TINTA; TAMAÑO CARTA PAPEL BOND, FOLIADOS Y PREPICADOS SEGÚN MUESTRA	87,	121.800

CONDICIONES GENERALES

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

DESC .	
NETO	121.800
IVA	23.142
TOTAL	144.942

COD.PRESUPUESTARIO	DESCRIPCION	MONTO DE LA COMPRA
2152204001001	MATERIALES OFICINA GESTION	144.942

 CARLOS MARIÁNGEL HORMAZÁBAL DIRECTOR (S) D.A.S.	 HUGOLINA SANHUEZA FUENTES JEFE DE FINANZAS	 HELGA VALENZUELA OLATE D.A.S. UNIDAD DE COMPRAS Y LOGÍSTICA
--	--	--