



MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE  
 MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE  
 RUT: 69264700-9  
 DIRECCIÓN: OROZIMBO BARBOSA 104 PARQUE LOS CASTAÑOS  
 FONO: 2508100 FAX:2508138

OC

28

martes, 26 de febrero de 2019

SEÑORES	INMUNOMEDICA SALUD S.A.		
DIRECCION	00		
R.U.T	76702540-8	Fono 2466200	Fax N/T
CIUDAD	CHIGUAYANTE		
SOLICITADO	DIDECO	Autorizado	SONIA SALDIAS VASQUEZ
FINALIDAD	EXAMENES TAC ABDOMEN Y ECO ABDOMINAL PARA ASISTENCIA SOCIAL		
PLAZO ENTREGA	0 Dias		
PUESTO EN:	LOCAL PROVEEDOR		
N.PEDIDO :			



CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	P.UNITARIO	TOTAL
	1	Unid	EXAMEN TAC ABDOMEN PARA DOÑA GRACIELA ABRIGO F.S N° 112-18	92.600,	92.600
	1	Unid	EXAMEN ECO ABDOMINAL PARA DON RAUL RUIZ F. S N° 292-17	43.750,	43.750
			----- OPI N° 2251 DE DIDECO ENCARGADA KARINA MATISEN		

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	114.580
IVA	21.770
TOTAL	136.350

COD.PRESUPUESTARIO	DESCRIPCION	MONTO DE LA COMPRA
2152401007001	FONDO DE ASISTENC.SOC.EMERGENCIA	92.600
2152401007001	FONDO DE ASISTENC.SOC.EMERGENCIA	43.750

GABRIELA MEDEL ARAVENA  
 ENCARGADA DE ADQUISICIONES (S)

SONIA SALDIAS VASQUEZ  
 DIRECTORA DE ADM. Y FINANZAS

\*\*\* 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 EXTRAÑO DE FACTURAS INGRESADAS EN OTRAS DEPENDENCIAS.\*\*\*