



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

OC

135

lunes, 17 de junio de 2019

SEÑORES	SOC. MEDICA Y ODONTOLOGICA SANCHEZ LTDA.		
DIRECCION	AVDA. MANUEL RODRIGUEZ 300 LOCAL 3		
R.U.T	76341465-5	Fono 978030363	Fax N/T
CIUDAD	CHIGUAYANTE		
SOLICITADO	DIDECO	Autorizado	GABRIELA MEDEL ARAVENA
FINALIDAD	PROTESIS SUPERFICIAL PARCIAL		
PLAZO ENTREGA	0 Días		
PUESTO EN:	LOCAL PROVEEDOR		
N.PEDIDO :	7214		

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	P.UNITARIO	TOTAL
	1	UNID	PROTESIS SUP. O INF. PARCIAL BASE ACRILICA CONTROL DE ESPECIALIDAD ----- SEGÚN OPI N° 7214 F. S 370-16 ENCARGADA KARINA MATISEN	140.000,	140.000

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	117.647
IVA	22.353
TOTAL	140.000

COD.PRESUPUESTARIO	DESCRIPCION	MONTO DE LA COMPRA
2152401007001	FONDO DE ASISTENC.SOC.EMERGENCIA	140.000


LORENA PARDO CERNA
ENCARGADA DE ADQUISICIONES


GABRIELA MEDEL ARAVENA
DIRECTORA DE ADM. Y FINANZAS (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.