

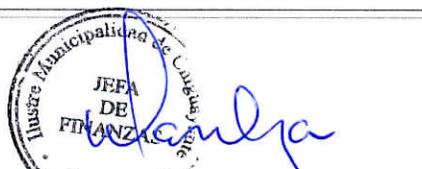


SEÑORES	IMPORTADORA Y COMERCIALIZADORA RE-MED LIMITADA		
DIRECCION	0		
R.U.T	76628610-0	Fono N/T	Fax N/T
CIUDAD	CHIGUAYANTE		
SOLICITADO	DIRECCION DE SALUD	Autorizado	
FINALIDAD	ABASTECIMIENTO MEDICAMENTO FARMACIA MUNICIPAL		
PLAZO ENTREGA	0 Días		
PUESTO EN:	LOCAL PROVEEDOR		
N.PEDIDO :			

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	P.UNITARIO	TOTAL
	2		TEST RAPIDO DE EMBARAZO HCG CASSETTE-ORINA	4.750,	9.500
CONDICIONES GENERALES				DESC.	
1.- La Factura deberá ser enviada en triplicado acompañada de esta orden de compra original				NETO	9.500
2.- Esta Orden de Compra, sólo será válida, con los productos y valores antes mencionados.				IVA	1.805
				TOTAL	11.305

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


 ANALUISA VARGAS CISTERNAS
 DIRECTORA (S) D.A.S.


 HÚGOLINA SANHUEZA FUENTES
 JEFE DE FINANZAS


 HELGA VALENZUELA OLATE
 UNIDAD DE COMPRAS Y LOGISTICA