



Municipalidad de Santa Cruz
Departamento de Salud
Plaza de Armas N° 242
Fono 2978896



ORDEN DE COMPRA

N° 08

FECHA: 27-01-2015

Señores: **AUTOCLAVE LTDA.**
Calle: **SAN JOSÉ, OFICINA 31**
Fono: **02-29340827**

RUT: **76.297.189-5**
N°: **106**

Ciudad: **SAN BERNARDO**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): INÉS GUTIÉRREZ G.
el pedido que se indica con cargo a Presupuesto de Salud
Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
1	REVISIÓN Y EVALUACIÓN DE FALLA EN EQUIPO TUTTNAHUE 5075HS NS.2802617	\$ 120.000	\$ 120.000
			\$ -
			\$ -
	INCLUYE:		\$ -
	TRASLADO SANTIAGO - SANTA CRUZ		\$ -
	INFORME DE ESTADO DE EQUIPO		\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
		I.V.A.	\$ 22.800
			\$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PRESUPUESTO DE SALUD		\$ -
			\$ -
	TOTAL		\$ 142.800



FIRMA: [Signature]
LUZ BENAVIDES GONZÁLEZ
ENCARGADA DE FINANZAS(S)



[Signature]
MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

CONDICIONES: PRESUPUESTO DE SALUD

SOLICITADO POR :SRA. MARTA ISABEL FIERRO CABELLO
ENCARGADA(S) DE GESTION