Municipalidad de Santa Cruz
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL
CALLE CABELLO 250
Fonofax 822541

ORDEN DE COMPRA

N° 180

FECHA: 23-06-2016

Señores: **AMILAB LTDA.** RUT: **77.700.690-8**

Calle: **ENRIQUE OLIVARES** N°: **1070** Ciudad: **LA FLORIDA**

Fono: **22878707**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): ORIANA MEJIAS MACHUCA

el pedido que se indica con cargo a Presupuesto de Salud

Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
3	CAJAS X 20 UNIDADES TEST INMUNO RAPIDO SANGRE OCULTA	$ 34.100	$ 102.300
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PRESUPUESTO DE SALUD 2016		$ -
			$ -
		I.V.A.	$ 19.437
		TOTAL	$ 121.737

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL FINANZAS SANTA CRUZ VI

FIRMA: LETICIA MUÑOZ PARRAGUEZ
ENCARGADA DE FINANZAS

I. MUNICIPALIDAD DE SANTA CRUZ DIRECTOR Dirección de Salud Municipal

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Laboratorio
N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.005.001.008
Saldo Presupuestario: $ 65.520.346.-

CONDICIONES: PRESUPUESTO DE SALUD 2016

SOLICITADO POR: FABIAN TOBAR SILVA
D.T. SERV. DE LABORATORIO CLÍNICO