



**Municipalidad de Santa Cruz**  
**DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL**  
 Plaza de Armas #242  
 Fono 72-2978896

## ORDEN DE COMPRA

N° **113**  
 FECHA: **21-04-2017**

Señores: **BIOLINE LIMITADA**  
 Calle: **BASCUÑAN GUERRERO**  
 Fono: **226843087**

RUT: **76.020.650-4**  
 N°: **2066** Ciudad: **SANTIAGO**

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

Flor Liz Aliaga Gomez

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
11	Tubos Gel +Clot Activator YELLOW CAP 3.5ML 100 U	\$ 9.980	\$ 109.780
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	SEGÚN COTIZACIÓN N°2661		\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PRESUPUESTO DE SALUD 2017		\$ -
	DIRECCION DESPACHO: CALLE CABELLO # 250	<b>TOTAL</b>	\$ 109.780
		<b>I.V.A.</b>	\$ 20.858
		<b>TOTAL</b>	\$ <b>130.638</b>



FIRMA: **LUZ ALEXANDRA BENAVIDES GONZALEZ**  
 ENCARGADA FINANZAS DSM(S)



**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: \$ 58.909.483.-

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