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

CESFAM

ORDEN DE COMPRA

N° 171

FECHA: 08-06-2017

Señores: **Comercial A&B S.A.** RUT: **85.025.400-1**
Calle: **DR. MANUEL BARROS BORGOÑO** N°: **162** Ciudad: **PROVIDENCIA**
Fono: **02-27958900**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Matías González L.
el pedido que se indica con cargo al Convenio Presupuesto de Salud 2017
Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
1	KIT TARJETA GEL ABO/RH/PI	$ 60.900	$ 60.900
1	DILLUENT II	$ 21.000	$ 21.900
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: presupuesto de salud 2017		$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
		NETO	$ 81.900
		I.V.A.	$ 15.561
		TOTAL	$ 97.461

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL * FINANZAS * SANTA CRUZ VI REGION

I. MUNICIPALIDAD SANTA CRUZ * DIRECTOR * DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

MSV

FIRMA: MAIDA SAN MARTIN CONTRERAS
ENCARGADA DE FINANZAS

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Presupuesto salud laboratorio
N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.005.001.008
Saldo Presupuestario: $42.181.024.-

SOLICITADO POR : TM: FABIAN TOBAR SILVA
DIRECTOR TECNICO

P. 14442.