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

ORDEN DE COMPRA

N° 84

FECHA: 30-03-2017

Señores: **BIOLINE LIMITADA** RUT: **76.020.650-4**

Calle: **BASCUÑAN GUERRERO** N°: **2066** Ciudad: **SANTIAGO**

Fono: **226843087**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): JOHANNA ESCOBAR SAAVERA

el pedido que se indica con cargo a Presupuesto de Salud

Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
01	KIT ROTA ADENOVIRUS DEVICES X 20 TEST	$ 68.000	$ 68.000
			$ -
			$ -
			$ -
	SEGÚN COTIZACIÓN N°2629		$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PRESUPUESTO DE SALUD 2017		$ -
	DIRECCION DESPACHO: CALLE CABELLO # 250	**TOTAL**	$ 68.000
		I.V.A.	$ 12.920
		TOTAL	**$ 80.920**

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL FINANZAS SANTA CRUZ VI REGION

I. MUNICIPALIDAD SANTA CRUZ DIRECTOR DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

FIRMA: MAIDA SAN MARTIN CONTRERAS
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: $ 88.038.838.-

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