Municipalidad de Santa Cruz
Departamento de Salud
Plaza de Armas # 242
Fono 72 2978896

CESFAM

ORDEN DE COMPRA

N° 103

FECHA: 29-03-2018

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

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

Fono: **2-22878707**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Elías Navarro Latapiat

el pedido que se indica con cargo a Presupuesto de Salud 2018

Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
3	KIT TEST INMUNORÁPIDO SANGRE OCULTA 25 DET.	$ 30.000	$ 90.000
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PRESUPUESTO DE SALUD 2018		$ -
	DESPACHO: DIEGO PORTALES #625, SANTA CRUZ		
		TOTAL NETO	**$ 90.000**
		I.V.A.	**$ 17.100**
		TOTAL	**$ 107.100**

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL FINANZAS SANTA CRUZ

I. MUNICIPALIDAD SANTA CRUZ DIRECTOR DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

FIRMA: LUZ ALEJANDRA BENAVIDES GONZÁLEZ
ENCARGADA DE FINANZAS

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: $ 105.523.702.-

SOLICITADO POR : FABIAN TOBAR SILVA
TM DIRECTOR TECNICO LABORATORIO CLINICO