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

CESFAM

ORDEN DE COMPRA

N° 12

FECHA: 09-01-2018

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
11	TEST INMUNO RÁPIDO HCG (EMBARAZO), 25 DETERMINACIONES	$ 10.000	$ 110.000
1	GASTOS DE ENVÍO	$ 6.050	$ 6.050
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PRESUPUESTO DE SALUD 2018		
	DESPACHO: CALLE CABELLO #250 CESFAM		
		TOTAL NETO	$ 116.050
		I.V.A.	$ 22.050
		TOTAL	$ 138.100

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL * SANTA CRUZ VI REGION * FINANZAS

FIRMA: ALEJANDRA BENAVIDES GONZÁLEZ
ENCARGADA DE FINANZAS

I. MUNICIPALIDAD DE SANTA CRUZ DIRECTOR Dirección de Salud

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: $ 160.000.000.-

SOLICITADO POR : FABIAN TOBAR SILVA
TM DIRECTOR TECNICO LABORATORIO CLINICO