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

CESFAM

ORDEN DE COMPRA

N° 289

FECHA: 07-08-2018

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): Oriana Mejías Machuca
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 RAPIDO HCG(EMBARAZO), 25 DETERMINACIONES	$ 10.000	$ 110.000
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PRESUPUESTO DE SALUD 2018		$ -
	DESPACHO: CALLE CABELLO #250 CESFAM		
		TOTAL NETO	**$ 110.000**
		I.V.A.	**$ 20.900**
		TOTAL	**$ 130.900**

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL FINANZAS SANTA CRUZ VI REGION

FIRMA: LUZ ALEJANDRA BENAVIDES GONZÁLEZ
ENCARGADA DE FINANZAS

I. MUNICIPALIDAD SANTA CRUZ DIRECTOR DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL

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: $ 48.456.049.-

SOLICITADO POR : FABIAN TOBAR SILVA
TM DIRECTOR TECNICO LABORATORIO CLINICO