

SEÑORES	FICA CHÁVEZ ALICIA ANGELICA	DIRECCIÓN	: DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL
DIRECCION	[REDACTED]	C.C	: GESTION PROPIA 310401
R.U.T	[REDACTED]	SPG	: CESFAM Santa Rosa
CIUDAD	TEMUCO	Fax:	N/T RESPONSABLE: CESFAM Santa Rosa
SOLICITADO	DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL	Autorizado	
FINALIDAD	ADQUISICIÓN DE FORMULARIO SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA PARA CESFAM SANTA ROSA, SLP N° 936 CON FECHA 07/07/2025		
PLAZO ENTREGA	0 Días		
PUESTO EN:	LOCAL PROVEEDOR		
N.PEDIDO :	6208		

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	P.UNITARIO	TOTAL
	3	UNID	ADQUISICIÓN DE FORMULARIO SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA PARA CESFAM SANTA ROSA, SLP N° 936 CON FECHA 07/07/2025	42.840,	128.520

NOTA:
AL FACTURAR SOLICITAMOS HACERLO A NOMBRE DE LA MUNICIPALIDAD DE TEMUCO, PRAT 650, R.U.T.: 69.190.700-7, GIRO: SERVICIO PÚBLICO, INDICANDO EL NÚMERO Y FECHA DE ESTE DOCUMENTO Y EN LO POSIBLE ADJUNTARLO A LA FACTURA, LA QUE SERÁ CANCELADA DENTRO DE 30 DÍAS, A CONTAR DE LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA FACTURA.

CONDICIONES GENERALES

1.- Esta Orden de Compra, sólo será válida, con los productos y valores antes mencionados.

DESC.	
NETO	108.000
IVA	20.520
TOTAL	128.520

CTA PRESUPUESTARIA	PRESUPUESTO VIGENTE	MONTO COMPROMETIDO	MONTO COMPRA	SALDO VIGENTE
Materiales de Oficina 2204001 310401	128.520	0	128.520	0

[Signature]
DAVID VALDES VILLANUEVA
JEFE GESTION ADM. Y FINANZAS (S)

[Signature]
CARLOS SÁEZ BERTOLINE
DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD (S)

[Signature]

