

DIRECCION DE ADMINISTRACION DE SALUD  
MUNICIPALIDAD DE CONCEPCION

R.U.T.: 69.256.900-8

B. O'HIGGINS 1256

FONO : 2449239 - 2449241 - FAX : 2449234

E-MAIL: [logistica@dasconcepcion.cl](mailto:logistica@dasconcepcion.cl)  
CONCEPCION

ORDEN DE COMPRA

Nº

1764

CONCEPCION,

07/06/2012

ROCHE CHILE LIMITADA

SEÑOR(ES): AV. QUILIN # 3750 MACUL. 00

DIRECCION: 82999400-3

R.U.T. : SANTIAGO

CIUDAD : SANTIAGO

SIRVA(N)SE ENTREGAR A LOCAL PROVEEDOR,

0

07/06/2012

LOS SIGUIENTES MATERIALES, SEGUN COTIZACION Nº

DEL

| CODIGO                                                                                                                                        | CANTIDAD | UNIDAD      | ESPECIFICACION                                                                                                               | PRECIO UNITARIO | TOTAL   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|
|                                                                                                                                               | 1,00     | CJ          | AST/GOT COBAS INTEGRA 500 TEST.                                                                                              | 51.237,         | 60.972  |
|                                                                                                                                               | 1,00     | KIT         | 1,00 LABORATORIO<br>FOSFATASA ALCALINA 1 FC GEN. 2 COBAS<br>INTEGRA.                                                         | 34.173,         | 40.660  |
|                                                                                                                                               |          |             | FAVOR:<br>DESPACHAR A SAN MARTIN # 262,<br>CONCEPCION-CENTRO<br>LABORATORIO CLINICO - 2DO. PISO<br>SRA. SOLANGE MUNOZ SCHULZ |                 |         |
|                                                                                                                                               | 1,00     | LABORATORIO |                                                                                                                              |                 |         |
| <br>MUNICIPALIDAD<br>CONCEPCION<br>Cada día mejor, hacemos + |          |             |                                                                                                                              |                 |         |
| NOTA:                                                                                                                                         |          |             |                                                                                                                              |                 | 85.410  |
| D.A.S. NO SE RESPONSABILIZA POR FACTURAS QUE NO SEAN INGRESADAS A LA UNIDAD DE LOGISTICA.                                                     |          |             |                                                                                                                              |                 | 0       |
| FACTURAR DE LA SIGUIENTE MANERA:                                                                                                              |          |             |                                                                                                                              |                 | 16.228  |
| 1.- EN TRIPLICADO                                                                                                                             |          |             |                                                                                                                              |                 |         |
| 2.- CANCELADA                                                                                                                                 |          |             |                                                                                                                              |                 |         |
| 3.- MENCIONAR CLARAMENTE EL Nº DE LA ORDEN DE COMPRA.                                                                                         |          |             |                                                                                                                              |                 | 101.638 |
| 4.- LA ORDEN DE COMPRA TIENE VIGENCIA 15 DIAS.-                                                                                               |          |             |                                                                                                                              | TOTAL \$        |         |

SOLICITADO POR :

O.P.I. Nº

DESTINO : REACTIVOS LABORATORIO CLINICO DAS (LUZ)

IMPUTACIONES PRESUPUESTARIAS

2152204003 130.000.000, 70.300.152, 101.638, 70.401.700, 59.598.210,

