

ORDEN DE COMPRA

Nº : 1620
lunes, 17 de julio de 2017

| | | | |
|---------------|----------------------------------|-----------------|--------------|
| SEÑORES | SALCOBRAND S.A. | | |
| DIRECCION | BARROS ARANA 472 | | |
| R.U.T | 76031071-9 | Fono 2-24227234 | Fax 24227234 |
| CIUDAD | CONCEPCION | | |
| SOLICITADO | DIRECCIÓN DESARROLLO COMUNITARIO | Autorizado | |
| FINALIDAD | DEPTO.DESARROLLO SOCIAL | | |
| PLAZO ENTREGA | 0 Días | | |

PUESTO EN: LOCAL PROVEEDOR
N.PEDIDO :

| CODIGO | CANTIDAD | UNIDAD | ESPECIFICACIONES | P.UNITARIO | TOTAL |
|--------|----------|--------|---|------------|-----------|
| | 3 | UNID | PLEXUS 10 MG X 30 COMP. | 9.399,00 | 28.197,00 |
| | 3 | UNID | PROTIUM MINI PAPELILLO | 12.999,00 | 38.997,00 |
| | 3 | UNID | SIMILAC 3 900 GRS. | 11.190,00 | 33.570,00 |
| | | | IDDOC:771926 | | |
| | | | OPI N° 118. | | |
| | | | BENEFIC.:PAVEZ CUADRA GABRIEL | | |
| | | | RUT:12.526.032-2 | | |
| | | | PACIENTE:PAVEZ BRAVO DIEGO | | |
| | | | RUT :25.087.395-6 | | |
| | | | EXPEDIENTE:32406. | | |
| | | | ASIST.SOCIAL RESP.:PATRICIA GONZALEZ F. | | |
| | | | PREOBLIG.DOC.5-111 S/P 4. | | |
| | | | CERTIFICADO DE IMPUTACION N° 46, | | |
| | | | DEL 09/01/2017. | | |
| | | | ITEM:MEDICAMENTOS. | | |
| | | | NOTA: | | |
| | | | PROVEEDOR DEBE SEÑALAR EN FACTURA | | |
| | | | EL N° DE ORDEN DE COMPRA CONSIGNADO | | |
| | | | EN EXTREMO SUPERIOR DERECHO. | | |

CONDICIONES GENERALES

- 1.- La Factura deberá ser enviada en triplicado acompañada de esta orden de compra original
- 2.- Esta Orden de Compra, sólo será válida, con los productos y valores antes mencionados.

| | |
|--------|---------|
| DESC . | |
| NETO | 84.676 |
| IVA | 16.088 |
| TOTAL | 100.764 |

| COD.PRESUPUESTARIO | DESCRIPCION | MONTO DE LA COMPRA |
|--------------------|--------------|--------------------|
| 2152401007001-4- | CONTINGENCIA | 100.764 |

