



ORDEN DE COMPRA

Nº : 1037

jueves, 18 de mayo de 2017

| | | | |
|---------------|---|--------------|---------|
| SEÑORES | INMUNOMEDICA SALUD S.A. | | |
| DIRECCION | CASTELLON 313 | | |
| R.U.T | 76702540-8 | Fono 2108324 | Fax N/T |
| CIUDAD | CONCEPCION | | |
| SOLICITADO | DIRECCION DESARROLLO COMUNITARIO | Autorizado | |
| FINALIDAD | DEPTO.DESARROLLO SOCIAL - EXPEDIENTE:23792. | | |
| PLAZO ENTREGA | 0 Días | | |

PUESTO EN: LOCAL PROVEEDOR

N.PEDIDO :

| CODIGO | CANTIDAD | UNIDAD | ESPECIFICACIONES | P.UNITARIO | TOTAL |
|--------|----------|--------|---|------------|-----------|
| | 1 | UNI | EXAMEN MEDICO(RX CRANEO AP-L) IDDOC:740991 OPI N ^a 66. BENEFICIARIA: MOLINA RODRIGUEZ MARIA RUT:10.655.606-7 PACIENTE: MOLINA RODRIGUEZ MARIA RUT:10.655.606-7 EXPEDIENTE:23792. ASIST.SOCIAL RESP.: CYNTIA MONTT TORRES PREOBLIG.DOC.5-111 S/P 4. CERTIFICADO DE IMPUTACION N ^a 46. ITEM:EXAMENES. NOTA: PROVEEDOR DEBE SEÑALAR EN FACTURA EL N ^a DE ORDEN DE COMPRA CONSIGNADO EN EXTREMO SUPERIOR DERECHO. | 16.392,00 | 16.392,00 |



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 | 16.392 |
| NETO | IVA | |
| IVA | TOTAL | 16.392 |

| COD.PRESUPUESTARIO | DESCRIPCION | MONTO DE LA COMPRA |
|--------------------|--------------|--------------------|
| 2152401007001-4- | CONTINGENCIA | 16.392 |

