

SEÑORES	RODRÍGUEZ ROA LUIS ALBERTO		
DIRECCION	CALLE COCHRANE CASA 244 CHIGUAYANTE		
R.U.T	7767618-K	Fono 956821648	Email N/T
CIUDAD	CHIGUAYANTE		
SOLICITADO	DIRECCION DE SALUD	Autorizado	
FINALIDAD	LAPIZ PASTA		
PLAZO ENTREGA	0 Días		
PUESTO EN:	LOCAL PROVEEDOR		
N.PEDIDO :			

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	P.UNITARIO	TOTAL
	120		LAPIZ TINTA GEL 0.5 NEGRO	560,	67.200

CONDICIONES GENERALES

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

DESC. NETO	67.200
IVA	12.768
TOTAL	79.968

COD.PRESUPUESTARIO	DESCRIPCION	MONTO DE LA COMPRA
2152204001002	MATERIALES OFICINA CONVENIOS	79.968


 ANDREA QUIERO GELMI
 DIRECTORA D.A.S.


 HUGOLINA SANHUEZA FUENTES
 JEFA DE FINANZAS


 MAURICIO COLOMA ARAVENA
 UNIDAD DE COMPRA Y LOGISTICA