



Municipalidad de Santa Cruz

Departamento de Salud  
Diego Portales N° 625  
Fonofax 822541



# ORDEN DE COMPRA

N° 219

FECHA: 01-10-2015

Señores: **ABBOTT LABORATORIES DE CHILE LTDA**  
Calle: **Av. El Salto**  
Fono: **72 2822149**


RUT: **81.378.300-2**  
N°: **5380**

Ciudad: **Huechuraba**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a):  
el pedido que se indica con cargo a Presupuesto de Salud  
*Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.*

INÉS AMALIA GUTIÉRREZ

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
6	CINTAS FREESTYLE OPTIUM NEO H CAJA X 100 UNIDADES	\$ 15.000	\$ 90.000
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	<b>NOTA EXPLICATIVA:</b> PRESUPUESTO DE SALUD		\$ -
		<b>I.V.A.</b>	\$ 17.100
		<b>TOTAL</b>	\$ 107.100

  
**FINANZAS**  
 LETICIA MUÑOZ PARRAGUEZ  
 ENCARGADA DE FINANZAS

  
**DIRECTOR**  
 MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ  
 DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

FIRMA:

LETICIA MUÑOZ PARRAGUEZ  
ENCARGADA DE FINANZAS

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ  
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

CONDICIONES: PRESUPUESTO DE SALUD  
SOLICITADO POR : MARTA ISABEL FIERRO CABELLO  
ENCARGADA PSCV

F. 744222