

ORDEN DE COMPRA N° 00000105/2025

Señores : SOCIEDAD IMPRESORA SAN FRANCISCO LTDA. RUT N° 078552890-5
Dirección : CAUPOLICAN 330 -A
Fono : 2716463
E-Mail : imprentasanfranciscoangol@gmail.com
Programa : CESFAM PIEDRA DEL AGUILA
Unidad Sol. : DIRECCION CESFAM P. DEL AGUILA, DIRECCION C.P.DEL AGUILA, DIRECCION
Unidad Dest. : DIRECCION CESFAM P. DEL AGUILA, DIRECCION C.P.DEL AGUILA, DIRECCION
Lugar Entrega : CESFAM PIEDRA DEL AGUILA, calle Cautin N°537, Angol.

Cantidad	Unidad	Descripción	Precio Unit.	Total
10.000	OTROS	talonarios (TT-TALONAR) - OBS: GES TAMAÑO CARTA, DUPLICADOS, PEGADOS DE 100 HOJAS C/U, PAPEL AUTOCOPIATIVO	\$17,000.00	\$170,000.00
SUB TOTAL:				\$170,000
Recargo:				0.000% \$0
Descuento 1:				0.000% -\$0
Descuento 2:				0.000% -\$0
TOTAL NETO:				\$170,000
Impuesto adicional:				\$0
I.V.A.:				19.00% \$32,300
TOTAL:				\$202,300
SON: Doscientos dos mil trescientos pesos				

OBSERVACIONES : LGN-REQ 39 23/4/2025 VIVIANA FUENTES SOTO DIRECTORA CESFAM PIEDRA DEL AGUILA

Justificacion : MATERIAL DE IMPRENTA PARA CENTROS COMUNITARIOS DEL CESFAM PIEDRA DEL AGUILA

MUNICIPALIDAD DE ANGOL
DEPTO. DE SALUD
MUNICIPAL
ADQUISICIONES
FIRMA

ITEM	GLOSA	MONTO	SALDO
215-22-04-001-001-000	MATERIALES DE OFICINA PPTO.	202,300	32,311,121

MUNICIPALIDAD DE ANGOL
ENC. AREA FINANCIERA
DEPTO. DE SALUD
JEFE DEPTO. ADM. Y FINANZAS
14/07/25



IMPRENTA SAN FRANCISCO LIMITADA
RUT: 78.552.890-5
CAUPOLICAN 330-A / ANGOL
Email: imprentasanfranciscoangol@gmail.com
FONO: 45 2716463
 + 569 32 28 85 23

COTIZACION
N° 910

Fecha : 21/04/2025

SEÑORES	: ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ANGOL/CECOSF EL RETIRO ANGOL
RUT	: 69.180.100-4
GIRO	: SALUD
DIRECCION	: RUCAPELLAN N°541

CANTIDAD	DETALLE	VALOR UNITARIO	TOTAL
10	Talonarios GES Tamaño Carta,duplicados. pegados,de 100 Hojas C/U,Papel Autoco- piativo	\$17.000	\$170.000
Cotización válida por 30 días		NETO	\$170.000
		IVA 19%	\$32.300
		TOTAL	\$202.300

Importante: el valor unitario es sólo por la cantidad de
talonarios cotizados. Si la cantidad de talonarios cambia
el valor unitario también varía.

Datos de Transferencia

Soc. Impresora San Francisco Limitada
RUT: 78.552.890-5
Cuenta Corriente Banco Santander
N° 750009458-7

IMPRENTA SAN FRANCISCO LTDA.
RUT: 78.552.890-5 - ANGOL

Firma

FORMULARIO DE CONSTANCIA INFORMACIÓN AL PACIENTE GES (Artículo 24°, Ley 19.966)	
DATOS DEL PRESTADOR	
INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): <u>CECOSF EL RETIRO</u>	
DIRECCIÓN <u>RUCAPELLAN N°541</u>	CIUDAD: <u>ANGOL</u>
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: _____	
RUN: _____	
ANTECEDENTES DEL PACIENTE	
NOMBRE LEGAL: _____	
NOMBRE SOCIAL: _____	
RUN: _____	PREVISIÓN: _____ FONASA _____ ISAPRE
DOMICILIO _____	COMUNA _____ REGIÓN _____
N° TELEFONO _____	CORREO ELECTRÓNICO _____
INFORMACIÓN MÉDICA	
PROBLEMA DE SALUD GES: _____ N° _____	
<input type="checkbox"/> Sospecha	<input type="checkbox"/> Diagnóstico y/o Etapificación
<input type="checkbox"/> Tratamiento	<input type="checkbox"/> Seguimiento
<input type="checkbox"/> Rehabilitación	
TIPO ATENCIÓN	
<input type="checkbox"/> Presencial	<input type="checkbox"/> Teleconsulta
CONSTANCIA: Tomo conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, en la medida que me atienda en la red de Prestadores que asigne el Fonasa o la isapre, según corresponda.	
FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: _____	
INFORMÉ PROBLEMA SALUD GES (Firma de persona que notifica)	TOMÉ CONOCIMIENTO* (Firma o huella digital del paciente o representante)
* En la modalidad de teleconsulta, <u>en reemplazo de la firma o huella</u> , se registrará el medio a través del cual el paciente o su representante tomó conocimiento:	
Correo electrónico <input type="checkbox"/>	carta certificada <input type="checkbox"/>
otros (indicar) <input type="text"/>	
En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:	
NOMBRE: _____	RUN: _____
N° TELÉFONO _____	CORREO ELECTRÓNICO: _____
IMPORTANTE: Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.	