

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
SALUD
MUNICIPAL
ADQUISICIONES
FIRMA

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



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
Nº 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 Autocopiativo	\$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
Nº 750009458-7

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

Firma

FORMULARIO DE CONSTANCIA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE GES
(Artículo 24º, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCIÓN (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): CECOSF EL RETIRO
DIRECCIÓN _____ RUCAPELLAN N°541 CIUDAD: ANGOL
NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: _____
RUN: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE LEGAL: _____
NOMBRE SOCIAL: _____
RUN: _____ PREVISIÓN: _____ FONASA _____ ISAPRE
DOMICILIO _____ COMUNA _____ REGIÓN _____
Nº TELEFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

INFORMACIÓN MÉDICA

PROBLEMA DE SALUD GES: _____ N° _____
 Diagnóstico Sospecha y/o Etapificación Tratamiento Seguimiento Rehabilitación

TIPO ATENCIÓN

Presencial 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, en reemplazo de la firma o huella, se registrará el medio a través del cual el paciente o su representante tomó conocimiento:

Correo electrónico carta certificada otros (indicar)

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:

NOMBRE: _____ RUN: _____
Nº 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.