



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ANGOL

DIRECCION DE SALUD

RUT: 69.180.100-4 • PEDRO AGUIRE CERDA 509

FONO/FAX: (45) 990747

e-mail: urises@angol.cl

ANGOL

ORDEN DE COMPRA Nº 00000155

NRO. DE PEDIDO 00000155 / NRO. DE OBLIGACION 2882

Angol, 04 de Junio de 2012

SR. (es): MIGUEL LETELIER ESCALONA
VIGNELA 1677
006898104-2

FONO FAX:

DIRECCION CESFAM HUEGUEN, PROGRAMAS C.HUEGUEN, BODEGA DE MATERIALES

Unidad Solicitante

Conforme a lo solicitado anteriormente, sírvase entregar al portador lo siguiente:

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	ESPECIFICACION	VALOR	
			UNITARIO	TOTAL
SS-SERV	1.00	SERVICIOS REPARACION DESAGUE, CAMARAS, EXCAVACION Y DESTAPE TUBO CAMARA SALA ESTERILIZACION.	89,250	89,250
TOTAL CON I.V.A.			\$	89,250

NOTA:

1. Adjuntar el presente documento a la factura como requisito para su cancelación.
2. La factura debe ser entregada en el Departamento de Adquisiciones.
3. Factura en Triplicado.

CUENTA PRESUPUESTARIA	VALOR CON I.V.A.
215-22-06-001-000-000	89,250
TOTAL	\$ 89,250

SR: MIGUEL LAGOS MARDONES
DIRECTOR CESFAM

ENCARGADO DE ADQUISICIONES

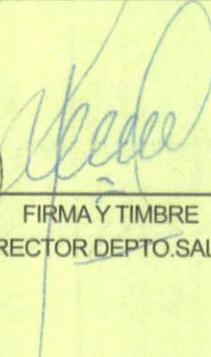
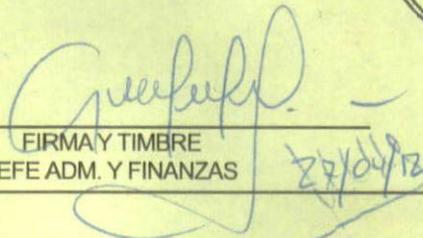


JEFE DEPTO. ADM. Y FINANZAS

IMPRESOS FERNANDO PEREZ - FONO/FAX: (41) 2218074

SOLICITUD DE MATERIALES

Nº 001111

NOMBRE DE LA UNIDAD: <i>CESTAM HUEQUEN</i>		FECHA <i>25/04/2012</i>	
JUSTIFICACIÓN DE COMPRA O PARA QUE ES LA COMPRA: <i>Reparación Sala Esterilización</i>			
CONTACTO O NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE: <i>Dr. Miguel Lagos Pedron</i>		ANEXO TELEFONICO <i>996302</i>	
CANTIDAD	DESCRIBA CON CLARIDAD ESPECIFICACIONES TÉCNICAS		
	<i>Reparación desague, reparación cámaras, excavación y destape tubo cámara Sala Esterilización.</i>		
	<i>Item: Mantenimiento y Reparación de Edificaciones</i>		
	<i>Trabajo cotizado se adjunta Presupuesto</i>		
	<i>Atención: Si se realiza con la persona indicado este cotización adjunta, debe emitir "factura" El total es con Iva incl. ?</i>		
ADJUNTA ANEXOS:		SI	NO
USO EXCLUSIVO AREA CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO <i>16/12</i>		SUB ITEM SIG <i>215.22.06 001</i>	SALDO PRESUPUESTARIO \$ <i>400.000.000</i>
FIRMA Y TIMBRE SOLICITANTE 		FIRMA Y TIMBRE DIRECTOR DEPTO. SALUD 	
FIRMA Y TIMBRE JEFE ADM. Y FINANZAS 		FECHA RECEPCIÓN	
USO EXCLUSIVO AREA DE ADQUISICIONES		FECHA RECEPCIÓN	

