



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 N°

NRO. DE PEDIDO 00000156

MRC. DE OBLIGACION 3129

31

2012

Angol, _____ de _____ de _____

de _____

1000

SR. (es): **ESMERALDA 422**
011450174-3

712545 - 88372759

FONO FAX:

DIRECCION DE SALUD, DIRECCION D.S.M., SECRETERIA

Unidad Solicitud

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

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.
215-22-04-001-000-000	\$ 31.900
TOTAL	\$ 31.900

SR. CRISTIAN RIOS CASTRO
DIRECTOR DEPART. DE SALUD

ENCARGADO DE ADQUISICIONES



JEFE DEPTO. ADM. Y FINANZAS