



## **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 00000174

12

Angol.

de\_

de

SR. (es):

FONO FAX

200700 - 200700

### **Unidad Solicitante**

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

**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.
215-22-06-001-000-000	38.699
395111	
<b>TOTAL</b>	\$
	38.699

SR: CRISTIAN RIOS CASTRO  
INSPECTOR DEPART. SALUD

## **ENCARGADO DE ADQUISICIONES**



SALUD DEPARTAMENTO ADM Y FINANZAS