



## DEPARTAMENTO DE SALUD

R.U.T.: 69.180.100-4  
PEDRO AGUIRRE CERDA 509  
FONO FAX: (045) 990747  
E-mail: eerices@angol.cl  
ANGOL

## ORDEN DE COMPRA N°

NRO. DE PEDIDO Angol, 00000381 de 08 NRO. DE OBLIGACION 6704 de Noviembre 2012

SR.: (es) :

INSULVAL LTDA.  
ANIBAL PINTO 1108 OF. 304  
077768990-8

### **FONO-FAX:**

2888733 - 2888733

**Unidad Solicitud:**

Conforme a lo cotizado anteriormente, sirvase entregar al portador lo siguiente:

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	ESPECIFICACION	VALOR	
			UNITARIO	TOTAL
-GLUCOFR	150.00	GLUCOFRESH LIMON ENVASE X75 GRS.	774	116,025

OTA:

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.
215-22-04-999-000-000	116.025
TOTAL	\$

No

SR: CRISTIAN RIOS CASTRO  
DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL  
SRTA: LILA JEREZ  
ENC. LABORATORIO  
COMUNAL



12/11/12