



CORPORACION MUNICIPAL

Gabriel González Videla

La Serena

R.U.T. : 70.892.100 - 9

Anima de Diego Nº 550

Fono : 51 2 54 41 67

Fax : 51 2 22 50 89 - La Serena

www.corporacionlaserena.cl

Orden de Compra Area Salud

Nº 000087

MORAGA HNOS
INGENIERIA Y CONSTRUCCION
Rut. 70.628.155-9

La Serena, 02 de MAYO de 2017

SEÑOR (ES) : MORAGA HNOS Ingenieria y Construcción R.U.T. : 70.628.155-9
 DIRECCION : _____ FONDO : _____
 DESTINADO A : Adquisición Aire Acondicionado
 PROYECTO o PROGRAMA : Botica CIUDADANA.
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : _____

| CANTIDAD | UNIDAD | DETALLE | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | | | | | | | | | | |
|-----------------|------------|---|-------------|-------------|----------|--|-----------|--|-----------------|----|-----------|------------|--|--|
| 01 | | Provisión e Instalación equipo Aire Acondicionado Botica CIUDADANA Cotización Nº 017-A10 | 900.000 | 900.000.- | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr><td>PER</td><td>Salud.</td></tr> <tr><td>DELEGADO</td><td></td></tr> <tr><td>DEVENGADO</td><td></td></tr> <tr><td>DECRETO DE PAGO</td><td>38</td></tr> <tr><td>CUENTA Nº</td><td>1140533001</td></tr> </table> | PER | Salud. | DELEGADO | | DEVENGADO | | DECRETO DE PAGO | 38 | CUENTA Nº | 1140533001 | | |
| PER | Salud. | | | | | | | | | | | | | |
| DELEGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DEVENGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DECRETO DE PAGO | 38 | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA Nº | 1140533001 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 220.899 | | | | | | | | | | | |

Sub - Total 900.000.-
 Descuento _____
 % I.V.A. 171.000.-
TOTAL \$ 1071.000.-

Condiciones de Pago : _____

Los detalles de esta ORDEN DE COMPRA, debe concordar con la respectiva COTIZACION.
LA FACTURA debe ser remitida a Contabilidad, adjuntando el ORIGINAL de esta ORDEN DE COMPRA.

| | | | |
|-----------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------|
| DIRECTOR DEPTO DE SALUD | CONTABILIDAD | DIRECTOR DEPTO FINANZAS | SECRETARIO GENERAL |
|-----------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------|

REQUISITO DE COTIZACIONES :
 De 0 hasta 5 U.T.M. = 1 Cotización
 De 5,1 hasta 25 U.T.M = 2 Cotizaciones
 De 25,1 y más U.T.M. = 3 Cotizaciones

Vº Bº Contraloría Interna
 Fecha: _____