

R.U.T. : 70.892.100 - 9

Anima de Diego N° 550

Fono : (51) 544 167 - Fax : (51) 22 50 89

www.corporacionggv.cl

Cotización N° : _____ de fecha _____

Condiciones de Pago : _____

La Serena, 04 de diciembre de 2018.

SEÑOR (ES) : Mayodent Chile LTDA R.U.T. : 76.977.120-4
 DIRECCION : General Holley #2350 FONO : _____
 DESTINADO A : Adquisición insumos dentales
 PROYECTO o PROGRAMA : Programa odontológico bes
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : _____

CANTIDAD	UNIDAD	DETALLE	VALOR UNIT.	TOTAL
01		Adquisición insumos dentales según listado adjunto Centros de salud	10.464.295	10.464.295

ÁREA Salud

OBLIGADO	<u>3329</u>
DEVENGADO	
DECRETO DE PAGO	
CUENTA N°	<u>215.22.04.005.002.-</u>

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.

Sub - Total	10.464.295
Descuento	
% I.V.A.	1.988.216
TOTAL \$	12.452.511

IMPORTANTE: Hasta 3 U.T.M. presentar 1 cotización

Más de 3 U.T.M. presentar 3 Cotizaciones mínimas

ADQUISICIONES	CONTABILIDAD	JEFE DEPTO. ADM. Y FINANZAS	SECRETARIO GENERAL