

R.U.T. : 70.892.100 - 9

Anima de Diego Nº 550

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

www.corporaciongv.cl

Cotización Nº : _____ de fecha _____

Condiciones de Pago : _____

La Serena, 04 de diciembre de 2018.

SEÑOR (ES) : Dental Laval LTDA R.U.T. : 79.595.850-9
 DIRECCION : Miraflores #383 stgo FONDO : _____
 DESTINADO A : Adquisición insumos dentales
 PROYECTO o PROGRAMA : Programa odontologico bes
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : _____

CANTIDAD	UNIDAD	DETALLE	VALOR UNIT.	TOTAL
<u>01</u>		<u>Adquisición insumos dentales según listado adjunto</u> <u>Centros de salud</u>	<u>7.860.700</u>	<u>7.860.700</u>

ÁREA	<u>Salud</u>
OBLIGADO	<u>3331</u>
DEVENGADO	
DECRETO DE PAGO	
CUENTA Nº	<u>211.22.04001.002.-</u>

Sub - Total	<u>7.860.700</u>
Descuento	
% I.V.A.	<u>1.493.533</u>
TOTAL \$	<u>9.354.233</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.

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 
--	---	---	---