

ORDEN DE COMPRA

Datos de Facturación

R.U.T. : 69.070.301 - 7
RAZON SOCIAL. : CORP.DE DESARROLLO
SOCIAL DE PROVIDENCIA
GIRO : ADM. DE EDUCACIÓN Y SALUD
DIRECCIÓN : PEDRO DE VALDIVIA N°963

N° 25505-OC

Providencia, 17-08-2015

Señor(es): **SUMILAB**

At.Sr.:

Dirección: **AV. PROVIDENCIA 337 OF.16**

R.U.T.: **76.111.784-K**

Cargo Contable : **Administración de Salud**

Código Presupuestario: **2-40-49-61-002**

Condiciones de pago c/factura: **30 días**

Fecha de creación : **17-08-2015**

Dirección de despacho: **ELIODORO YAÑEZ 2204 PROVIDENCIA**

Fecha de despacho: **24-08-2015**

CANTIDAD	DESCRIPCION	\$ P.UNITARIO	\$ TOTAL
50	MONOFILAMENTO PIE DIABETICOINCLUYE 5 REPUESTOS	3980.00	199.000
<p>Son: DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS.- REQUERIMIENTO 7102 INSUMO MEDICO</p> <p>FORMA DE PAGO: VALE VISTA CUALQUIER SUCURSAL BCO.SANTANDER</p> <p>**IMPORTANTE; ENVIAR FACTURA ORIGINAL INCLUIDA COPIA CEDIBLE** **A: Avenida Eliodoro Yañez N°1947**</p>			<p>Neto: 199.000 Iva 37.810 =====</p> <p>TOTAL: 236.810.-</p>

(MMS)**Adjuntar copia de orden de compra a factura**

Jefe Depto. de Adquisiciones
Departamento de Adquisiciones



Original Mantención []

Sub-Director de Administración y Finanzas
Director de Adm. y Finanzas

Original Adquisiciones []

Secretario General

Copia Ppto []

Copia Archivo []