**HOSPITAL NAVAL "C.G"** **ORDEN DE COMPRA** FECHA : 5-10-16

RUT : **61.102.029-5**

AVDA.BULNES N°0256, PTA.ARENAS **NRO.O/C : 3010201690841**

GIRO:HOSPITAL OC CHILE COMPRA:

FEC.O/C : 05/10/2016

SENORES : 0782975102 LAB.MEDTEC I.T.E.M. : 01 INSUMOS

DIRECCION : LA CONCEPCION 81 SANTIAGO CTA.PRESU: 22040050000000

FAVOR DISPONER LA ENTREGA DEL SGTE.ARTICULO Y FACTURAR A NOMBRE

**DEL HOSPITAL NAVAL (M). RUT. 61.102.029-5**

| CODIGO ARTICULO | CANTIDAD COMPRA | UNIDAD DE ENTREGA | D E T A L L E | VALOR ($) UNITARIO | T O T A L |
|---|---|---|---|---|---|
| 0000003110501-8 | 1 | UNIDAD | MANIPULADOR UTERINO MAUT60 | 63.025,00 | 63.025,00 |
| | | | | **SUBTOTAL** : | 63.025,00 |
| | | | | **I.V.A** : | 11.975,00 |
| | | | | **TOTAL** : | 75.000,00 |
| | | | **SOLIC.: 000002665 01** | | |
| | | | 04 10 2016 | | |

RODRIGO LEWIS ARRIAGADA
TENIENTE 1° AB
JEFE DEPTO.ABAST.Y FINANZAS

N O T A :

A) FAVOR INDICAR FECHA DESPACHO Y MEDIO TRANSPORTE AL FONO 2207512 FAX(0612207512)

B) LA FACTURA DEBERA SER ENVIADA EN CUADRUPLICADO AL JEFE DEPTO.ABASTECIMIENTO PARA SU PAGO, INDICANDO EN ELLA CLARAMENTE EL NRO.DE LA ORDEN DE COMPRA QUE LA ORIGINO

C) EN CASO DE PROCEDER CON DESPACHO PARCIAL, SOLICITAMO SE INFORME POR FAX LA SITUACION DE LOS ITEMES PENDIENTES HACIENDO REFERENCIA AL NUMERO DE LA ORDEN DE COMPRA

D) PESE AL INFORME INDICADO EN C), SE DEBE TENER PRESENTE QUE ORCOM TIENE UNA VIGENCIA DE 30 DIAS,POR LO QUE LOS DESPACHOS PARCIALES DEBEN SER PLANIFICADOS EN ESTE PLAZO

LUGAR DE ENTREGA RETIRA