

HOSPITAL NAVAL "C.G"  
 RUT : 61.102.029-5  
 AVDA. BUENES N°0256, PTA.ARENAS  
 GIRO:HOSPITAL

ORDEN DE COMPRA

FECHA : 22-07-15

SENORES : 0619520009 IMPRENTA DE LA ARMADA  
 DIRECCION : AVENIDA A.VARASO VALPARAISO  
 FAVOR DISPONER LA ENTREGA DEL SEGE,ARTICULO Y FACTURAR A NOMBRE  
 DEL HOSPITAL NAVAL (M) . RUT. 61.102.029-5

NRO.O/C : 3010201590526  
 OC CHILE COMPRA:  
 REC.O/C : 02/07/2015  
 I.T.E.M. : 01 FORMULARIOS  
 CTA.PRESU: 22040010000000

| CODIGO ARTICULO | CANTIDAD | UNIDAD DE COMPRA | ENTREGA | D E T A L L E                      | VALOR (\$) | T O T A L    |
|-----------------|----------|------------------|---------|------------------------------------|------------|--------------|
| 000001601004-3  | 500      | UNIDAD           |         | CANNE*PROG.MED.INTEGRAL*11X12 1/2  | 70,00      | 35.000,00    |
| 0000005020081-5 | 500      | UNIDAD           |         | TRIP.*LA COMIDA 1ER AÑO* 11X21     | 240,00     | 120.000,00   |
| 0000005030064-9 | 500      | UNIDAD           |         | TRIP.*EXTR.CONSERV./LECHE MATERNA* | 240,00     | 120.000,00   |
| 0000005030066-4 | 500      | UNIDAD           |         | TRIP.*ESTM.LENG.NINO 4 AÑOS*11X21  | 240,00     | 120.000,00   |
| 0000005030067-2 | 500      | UNIDAD           |         | TRIP.*EN BUSCA D/INDEPEN.2 A 5 AN  | 240,00     | 120.000,00   |
| 0000005030069-8 | 500      | UNIDAD           |         | TRIP.*EXPIOR.MUNDO 6-12 MESES*11X2 | 240,00     | 120.000,00   |
| 0000005030070-6 | 500      | UNIDAD           |         | TRIP.*APPEND.NINO 3 A 6 MESES*11X  | 240,00     | 120.000,00   |
| 0000005030071-4 | 500      | UNIDAD           |         | TRIP.*ESTM.LA COORD.D/HIJO*11X21   | 240,00     | 120.000,00   |
| 0000005030072-2 | 500      | UNIDAD           |         | TRIP.*APPEN/SER MEJOR PAD/MADR*11  | 240,00     | 120.000,00   |
| 0000005030074-8 | 500      | UNIDAD           |         | TRIP.*ESTM.A/BBE 0-3 MESES*11X21   | 240,00     | 120.000,00   |
| 0000005030075-5 | 500      | UNIDAD           |         | TRIP.*LACTANCIA MATERNA BENEF./TEC | 240,00     | 120.000,00   |
| 0000005030078-9 | 500      | UNIDAD           |         | TRIP.*DESAR.INFERNAL 12-24 MESES*  | 240,00     | 120.000,00   |
|                 |          |                  |         | TOTAL                              |            | 1.355.000,00 |
|                 |          |                  |         | MONTO INCLUYE I.V.A                |            |              |
|                 |          |                  |         | SOLIC. : 000001388 03              |            |              |
|                 |          |                  |         | 02 07 2015                         |            |              |

Fernando Cáceres Valdebenito  
 Teniente 1° AB  
 Jefe Depto. Abastecimiento

NOTA :  
 A) FAVOR INDICAR FECHA DESPACHO Y MEDIO TRANSPORTE AL FONO 207526 FAX (061) 212927  
 B) LA FACTORA DEBERA SER ENVIADA EN CUADROPLICADO AL JEFE DEPTO.ABASTECIMIENTO PARA SU PAGO, INDICANDO EN ELA 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 TEMES PENDIENTES HACIENDO REFERENCIA AL NUMERO DE LA ORDEN DE COMPRA  
 D) PESE AL INFORME INDICADO EN C) , SE DEBE TENER PRESENTE QUE OCOM TIENE UNA VIGENCIA DE 30 DIAS, POR LO QUE LOS DESPACHOS PARCIALES DEBEN SER PLANIFICADOS EN ESTE PLAZO

LUGAR DE ENTREGA RETIRA

Envíase x correo a Jimpuerto 24/07/2015