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

**ORDEN DE COMPRA**

FECHA : 14-11-16

**NRO.O/C : 3010201690966**
OC CHILE COMPRA:
FEC.O/C : 16/11/2016
I.T.E.M. : 00 PRODUCTOS FARMACEUTICOS
CTA.PRESU: 22040040000000

SENORES : 0916370008 LABORATORIOS RECALCINE S.A
DIRECCION : VICUÑA MACKENA 1094 SANTIAGO
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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 0000002310219-7 | 3 | AMPOLLAS | ACIDO ZOLEDRONICO 4MG/5ML | 38.700,00 | 116.100,00 |
| | | | | **SUBTOTAL** : | 116.100,00 |
| | | | | **I.V.A** : | 22.059,00 |
| | | | | **TOTAL** : | 138.159,00 |
| | | | **SOLIC.: 000003068 01** | | |
| | | | 15 11 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