MUNICIPALIDAD CHEPICA
18 DE SEPTIEMBRE 3214
RUT.: 69.090.700-3

# ORDEN DE TRABAJO
## MUNICIPALIDAD

| DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| 06 | 05 | 16 |

Nº 009976

SR.:
SEÑOR (ES) Imagen Salud San Fernando
DIRECCION

CONDICIONES DE PAGO :

NOTA DE PEDIDO Nº
LUGAR DE ENTREGA
FECHA DE ENTREGA

| CANT. | PRODUCTO | UNIDAD MEDIDA | PRECIO UNITARIO | TOTALES VALOR COMPRA | CTA. SUBT. | CTA. ITEM. | CTA. ASIG. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ecotomografía abdominal | | | 25.000 | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| SON: Veinte y cinco mil pesos | | | TOTAL $ | 25.000.- | | | |

NOTA Ayuda Social, Catiana Carrasco Carrasco, Villa Ilusión

| COTIZADO POR : TIMBRE Y FIRMA | Vº Bº | AUTORIZADO POR NOMBRE Y FIRMA |
|---|---|---|
| | | Alejandra González |

*i. regner bellavista 303 fono fax 411087 - teno*

TALON