



MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
RUT: 69264700-9

OC

DIRECCIÓN: OROZIMBO BARBOSA 104 PARQUE LOS CASTAÑOS
FONO: 2508100 FAX:2508138

276

jueves, 24 de agosto de 2017

SEÑORES	INMUNOMEDICA ECOGRAFIA S.A.		
DIRECCION	SAN MARTIN 920, 3 PISO		
R.U.T	96910890-9	Fono N/T	Fax N/T
CIUDAD	CONCEPCIÓN		
SOLICITADO	DIDECO	Autorizado	SONIA SALDIAS VASQUEZ
FINALIDAD	SERVICIO DE ECOTOMOGRAFIA, OPI N° 3513, ASISTENCIA SOCIAL		
PLAZO ENTREGA	0 Días		
PUESTO EN:	BOD. DIDECO	DIREC.:CALLE COCHRANE 253, CHIGUAYANTE	
N.PEDIDO :	3513		

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	P.UNITARIO	TOTAL
	1	1	ECOTOMOGRAFIA HOMBRO	26.000,	26.000
	1	1	ECOTOMOGRAFIA MUÑECA BENEFICIARIA ROSA MATAMALA F.S. N° 725-17	26.000,	26.000

CONDICIONES GENERALES

1.- La Factura deberá ser enviada en triplicado acompañada de esta orden de compra original

2.- Esta Orden de Compra, sólo será válida, con los productos y valores antes mencionados.

DESC.	
NETO	52.000
IVA	
TOTAL	52.000

COD.PRESUPUESTARIO	DESCRIPCION	MONTO DE LA COMPRA
2152401007001	FONDO DE ASISTENC.SOC.EMERGENCIA	52.000



LORENA PARDO CERNA
ENCARGADA DE ADQUISICIONES



SONIA SALDIAS VASQUEZ
DIRECTORA DE ADM. Y FINANZAS

*** INGRESO DE FACTURA POR OFICINA DE PARTES DE LUN. A VIERNES DE 8:30 A 14:00. DIRECCION OROZIMBO BARBOSA 104, CHIGUAYANTE.***
EL MUNICIPIO NO SE HARÁ RESPONSABLE DE EXTRAVIO DE FACTURAS INGRESADAS EN OTRAS DEPENDENCIAS.



I. MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
DIRECCION DE ADMINISTRACION
Y FINANZAS

Nº 003513

O.P.I.

DIRECCION DE DESARROLLO
COMUNITARIO

23 AGO 2017

FECHA : 21.08.17

DIRECCION : Sedeo

UPLA

CODIGO	CANTIDAD	ARTICULO
	01	Ectomografía hombro
	01	Ectomografía muñeca
		Beneficiaria Rosa Matamala
		F.S N° 725-17 Cot. Adjunto
	01	Radiografía Torax
		Beneficiario Daniel Saez
		F.S N° 766-17 Cot. Adjunto



Nombre del programa: Asistencia Social

Decreto Alcaldicio N°

Nombre encargado programa: Nolina Aranda López

MATERIAL DESTINADO A:

Control Adquisiciones	Vº Bº Encargado Adquisiciones	Correlativo Interno
Fecha: 23 AGO 2017	Nº	
Hora: 16:30		
RECEPCION	DIRECTORA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS	DIRECTOR DE DESARROLLO COMUNITARIO
	CHIGUAYANTE	CHIGUAYANTE

Director Responsable

Inmumomédica Ecografía S.A.
96.910.890-9
San Martín 920, 3° piso
Concepción

Concepción, 28 de Julio de 2017

COTIZACION EXAMEN

Paciente: Rosa Matamala Arévalo

Edad:

Rut.: 6.044.834-5

Examen: Ecografía de muñeca y hombro

Diagnóstico:

Examen	Valor Particular
Ecotomografía de hombro	\$26.000
Ecotomografía de muñeca	\$26.000

(IVA. incluido)

Cristina Contreras C.
Coordinadora Ecografía

Pedir hora
Fonos: 2108230 - 2108240

SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLOGICO

Nº Ficha Clínica 6.044.834-5

Fecha 01/07/12

Nombre Rosa Matamala Arevalo

Edad 65a

Procedencia CERTAM Leonie

Saló

Cama Nº

Exámen Solicitado Eco grafia hombre Do
Eco grafia mujeres

Diagnostico y síntomas principales

1 Dts del abdomen dolor hombre
2 Grs fuentis mujeres

Exámenes radiológicos
anteriores practicados
en este Servicio.

Si ☐

Nº

No ☐

Nombre Médico Solicitante: Dr.

Firma

Daniela Medina Sanhueza
Médico Cirujano
17.214.130-7

Día de Citación

Hora

Examen efectuado por

ensobrado por

pendiente por

13 x 18	18 x 24	24 x 30	30 x 40	35 x 35	ABREU

NOTA: Adjunte a esta papeleta las radiografías que están en el Servicio.
(Informe a la vuelta)

CONTRASEÑA

Nombre

Procedencia

Examen solicitado

Día de citación

Hora

Indicaciones

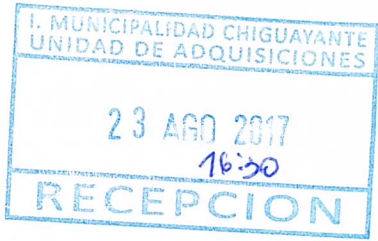


Pre-Obligación Presupuestaria

Tipo/Número: 5 / 1034
Fecha: 23/08/2017
Glosa: exámenes medicos de muñeca, hombro y torax opi 3513
Rut/Nombre:
Preob./Oblig.:

Cuenta							
Sub. Prog.	C. Costo	Total	Pre. Vigente	Obl. Acum.	Sal. Presup.	PreObligado	Sal.Dispon.
2152401007001	FONDO DE ASISTENC.SOC.EMERGENCIA						
4 Programas Social	040100	76.000	108.010.204	69.277.576	38.732.628	33.578.424	5.154.204
TOTALES:		76.000					

EMITIDO POR Maraneda : Miguel Araneda



Obligación Presupuestaria

Tipo/Número: 8 / 276
Fecha: 24/08/2017
Glosa: SERVICIO DE ECOTOMOGRAFIA, OPI N° 3513, ASISTENCIA SOCIAL
Rut/Nombre: 96.910.890 - 9 / INMUNOMEDICA ECOGRAFIA S.A.
Preob./Oblig.: 5 1034

Cuenta						
Sub. Prog.	C. Costo	Total	PreObligado	Obl. Acum.	Sal.PreObl.	
2152401007001	FONDO DE ASISTENC.SOC.EMERGENCIA					
4 Programas Sociales	040100	52.000	76.000	76.000	0	
TOTALES:		52.000				

RECIBIDO POR paulav : Maria Paula Valderrama

