



**ORDEN DE COMPRA O TRABAJO**  
(Para adquisiciones de Bienes y/o Servicios)

DIA MES AÑO  
21 07 17

Nº 005320

A: CLINICA PUERTO MONTT SPA.  
Rut: 76.444.740-9.

Sírvase entregar al portador lo siguiente:

CANTIDAD	DETALLE	VALOR	
		UNITARIO	TOTAL
01	Co-aporte examen Colonoscopia (Colonogastro) Aruda Script para abita Angelica Maray Vera Hoyos Rut: 76.25.416-3 Pasaje en transporte N-808 del 12/07/2017 Fondos DRASMI		138.191

Nota: Adjuntar el presente documento al original de su factura, como requisito previo para su cancelación (Facturar a:)

**TOTAL \$ 138.191**

INTENDENCIA REGIONAL REGION DE LOS LAGOS  
Rut. 60.811.100-9 AVDA. DECIMA REGION N-480

VºBº Presupuesto

COTIZACIONES		
Nº	PROVEEDOR	FECHA

VºBº Administración y Finanzas