MUNICIPALIDAD
SAN JUAN DE LA COSTA
DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL
PUAUCHO - OSORNO

Vº Bº Y AUTORIZACION
DIRECCION DPTO. DE SALUD

FECHA

SOLICITUD DE COMPRA
de Bienes y Servicios

De : _____ / _____
Nombre Completo de Funcionario(a) solicitante — Correo Electronico

A : Directora DESAM.

Destinado : _____

Financiado por Programa o Proyecto: _____

Financiado por Departamento de Salud Municipal _____

Agradeceré a Ud. Tenga a bien realizar adquisición de los bienes y/o servicios, que se detallan:

CANT.	DESCRIPCION (Producto o Servicio)	COLOR	MEDIDAS	OTRAS Características

MONTO ESTIMADO DE SOLICITUD	**$**	***OBLIGATORIO.**

Obs. 1 : La Información Referente a las Compra Solicitada, debe ser Especifica, por lo tanto, debe llenar las Columnas Necesarias y Adjuntar Imágenes Referenciales, según sea el caso (***EN CASO DE INFORMACIÓN INCOMPLETA, SE RETORNARA A DIRECCIÓN DEPTO. DE SALUD, PARA REVISAR CON SOLICITANTE***).

Obs. 2 : Se acompañara de Certificado de Disponibilidad Presupuestaria al Momento de Realizar Compra.

Obs. 3 : El Proceso de Compra, se realizará según lo Dispuesto en Ley de Compra N°21.634, que moderniza la Ley N°19.886.

Obs. 4 : La Solicitud de Compra, deberá presentarse en Dirección con almenos **1 Mes de Anticipación**.

F E C H A R E C E P C I O N
Encargada Area Adquisiciones
compradsm@yahoo.es
9-54105238

Firma y R.U.N.
Solicitante Responsable