



Gobernación Provincial Chiloé  
 DEPTO. DE ADMINISTRACION  
 O'Higgins s/nº Fono (65) 532105 Fax (65) 632482  
 Castro  
 R.u.t. Nº 60.511.104 - 1

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
| Dia | Mes | Año |
|     |     |     |

31 05 2017  
 Nº 16756

## Orden de Compra o de Trabajo (PARA LA ADQUISICION DE BIENES Y/O SERVICIOS)

SEÑOR(ES): **HUMBERTO RENATO ULLOA GALLARDO**

SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR CON CARGO AL PRESUPUESTO DE LA GOBERNACION PROVINCIAL LO SIGUIENTE:

| CANTIDAD | DETALLE  | VALOR    |        |
|----------|--|----------|--------|
|          |  | UNITARIO | TOTAL  |
| 1        | Servicio de arriendo repetidora mes Junio 2017 | 26.122   | 26.122 |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |
|          |  |          |        |

Imp. "ALFA", Solomayor 525 - ☎ 635229, Castro

NOTA: Adjuntar el presente documento al Original a su Factura, como requisito previo para su cancelación.

TOTAL \$

| VISTO BUENO IMPUTACION PRESUPUESTARIA |        |   |   |   |                |
|---------------------------------------|--------|---|---|---|----------------|
| Registro                              | IMPUT. | S | I | A | VALOR C.I.V.A. |
|                                       |        |   |   |   | 26.122         |
|                                       |        |   |   |   |                |
|                                       |        |   |   |   |                |
|                                       |        |   |   |   |                |

| COTIZACION |           |       |
|------------|-----------|-------|
| Nº         | PROVEEDOR | FECHA |
|            |           |       |
|            |           |       |
|            |           |       |
|            |           |       |

TOTAL \$



Vº Bº JEFE DEPTO. ADMINISTRATIVO



Vº Bº SR. GOBERNADOR