

**DE :** ASESOR TÉCNICO DEPARTAMENTO DE SALUD  
 KARINA ALVAREZ FORONDA

**A :** DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD  
 SRTA. PIA CORTÉS MALDONADO

**AT :** IGNACIO CARVAJAL  
 ADQUISICIONES

1. Junto con saludar, mediante el presente solicito a usted, tengan bien autorizar la adquisición de los siguientes repuestos dentales:

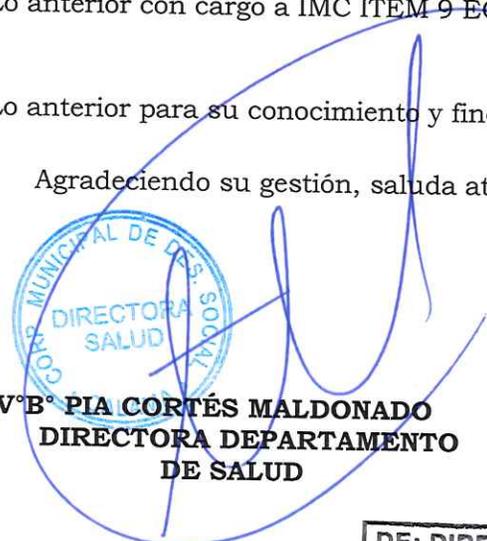
Proveedor: DENTAL LAVAL

Producto	Monto	Unidades	Total
DESCARGAS OLSEN	\$ 72.805	4	\$291.220
TERMINALES MIDWET METALICO OLSEN	\$ 64.260	4	\$257.040
IVA 19%			\$ 104.429
<b>TOTAL</b>			<b>\$652.429</b>

- Se envía sólo 1 cotizaciones puesto que fueron los únicos proveedores que cotizaron producto. Se solicita respetar cotización seleccionada por relación calidad/precio.
- Estos repuestos dentales serán utilizados para realizar el cambio de repuestos de los sillones dentales que se encuentran en la escuela F-33, E-42, D-32 y sillón dental portátil que se utiliza para los operativos.
- Lo anterior con cargo a IMC ITEM 9 EQUIPO Y EQUIPAMIENTO.

Lo anterior para su conocimiento y fines pertinentes.

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente.

  
**V°B° PIA CORTÉS MALDONADO**  
 DIRECTORA DEPARTAMENTO  
 DE SALUD

  
**KARINA ALVAREZ FORONDA**  
 ASESOR TÉCNICO DPTO. DE  
 DE SALUD

PCM/KAF/kaf.-

Distribución:  
 -La indicada  
 -Archivo

DE: DIRECTORA DEPTO. SALUD  
 A: 

<input checked="" type="checkbox"/>	SU CONOCIMIENTO
<input checked="" type="checkbox"/>	GESTIONAR LO SOLICITADO.
<input checked="" type="checkbox"/>	FINES PERTINENTES
<input checked="" type="checkbox"/>	APORTAR ANTECEDENTES
<input checked="" type="checkbox"/>	ANALIZAR Y EMITIR OPINION
<input checked="" type="checkbox"/>	ARCHIVO
<input checked="" type="checkbox"/>	CONVERSAR CON EL SUSCRITO