

**UNIVERSIDAD DE MAGALLANES**

Punta Arenas - Chile
 Educación Superior
 Avda. Bulnes 01855
 Rut: 71.133.700-8
 Casilla 113-D Fax 215273
 Fono 207156 - 207167

ORDEN DE SERVICIO

| | | | | |
|-----|-----|------|------|----------|
| Día | Mes | Año | Tipo | N° 86886 |
| 30 | 12 | 2021 | 70 | |

DATOS DEL PROVEEDOR

Pedido por OYARZUN OYARZO VANESSA DE LOURDES N° Solicitud 126592
 Rut 72.722.800-4 N° Chile Compra N
 Razón Social ASOFAMECH
 Dirección AVENIDA DEL VALLE NORTE 932 OFICINA 401
 Ciudad SANTIAGO
 Telefono 0

| CANT | DETALLE | VALOR | | CONTABILIDAD PRESUPUESTARIA | | |
|----------|--|----------|---------|-----------------------------|---------|---------|
| | | UNITARIO | TOTAL | PROG | ITEM | VALOR |
| 1 | - PAGO INSCRIPCION 23 ALUMNOS DE MEDICINA PARA | 4140000 | 4140000 | 016801 | 310216 | 4140000 |
| | | | | TOTAL | | 4140000 |
| | | | | CONTABILIDAD PATRIMONIAL | | |
| | | | | CUENTA | DEBE | HABER |
| | | | | 2.13.103.3 | 4140000 | |
| TOTAL \$ | | | 4140000 | 4140000 | 4140000 | |

V° B° ADQUISICIONES**SR. PRESTADOR:**

1. Esta Orden tiene una validez de 30 días contados desde la fecha de emisión.
2. Remita su Factura a: Av. Bulnes 01855 Unidad de Adquisiciones.
3. Para el pago de su Factura, debe adjuntar la Orden o indicar el N° en su factura.

ORIGINAL - Proveedor**Objetivo:**

PAGO INSCRIPCION 23 ALUMNOS DE MEDICINA PARA RENDIR EL EXAMAEN EUNACOM