

FICHA TÉCNICA DE REQUERIMIENTO

Nº

20

ID DOC:

FECHA: 20-jun.-2023

- 1.- UNIDAD SOLICITANTE
- 2.- OBRA / PROYECTO O PROGRAMA
- 3.- BREVE DESCRIPCIÓN
- 4.- JUSTIFICACIÓN

DAF - PREVENCIÓN DE RIESGOS
SERVICIO DE RECARGA DE EXTINTORES 10 KILOS
 SERVICIO DE RECARGA DE 06 EXTINTORES DE 10 KILOS, EQUIPOS DE LA PLANTA MUNICIPAL
 CUMPLIR CON LA NORMATIVA QUE REGULA ESTA MATERIA EN LOS LUGARES DE TRABAJO, MANTENIENDO LA SEGURIDAD PARA EL PERSONAL Y LOS USUARIOS.

5.- FECHA EN QUE REQUIERE MAT/SERVICIO

23-jun.-2023

6.- PRESUPUESTO

b) SERVICIOS

TIPO DE MATERIAL	CANT.	UNIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
RECARGA DE EXTINTORES POS 10 KILOS	6	UNI	15.000	\$ 90.000
SUBTOTAL				90.000
I.V.A. 19%				\$ 17.100
TOTAL				\$ 107.100

TIPO SERVICIO	CANTIDAD DE SERVICIOS	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
		IMPTO.	
		TOTAL	

9.- RESUMEN:

- (+)MATERIALES
- (+)SERVICIOS
- (+)OTROS
- (=)PRESUPUESTO TOTAL

7.- MODALIDAD DE COMPRA /ADQUISICIÓN

- * Cotización Compra ágil
- * Licitación Pública
- * Licitación Privada
- * Contrato De Suministros
- * Trato Directo < 3 U.T.M.
- * Trato Directo Art.....nº.....letra.....

8.- DOCUMENTOS ADJUNTOS:

- DECRETO ALCALDICIO Nº
- CERTIFICADO.DISP.PPTARIA Nº
- PROYECTO/PROGRAMA Nº
- BASES ADMINISTRATIVAS
- TERMINOS DE REFERENCIA

USO EXCLUSIVO

DEPTO. ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

10.- FECHA RECEPCIÓN FICHA 20 JUN 2023

11.- IMPUTACIÓN PRESUPUESTARIA

2152708999001 SP: 1

12.- CENTRO DE COSTO

160029

13.- OBSERVACIONES Y RESOLUCIÓN

- EXISTE PRESUPUESTO DISPONIBLE
- NO EXISTE PRESUPUESTO DISPONIBLE
- EXISTIRÍA PRESUPUESTO PREVIA AUTORIZACIÓN MODIFICACIÓN PRESUPUESTARIA
- OTRO.....



DISTRIBUCIÓN: - Unidad Solicitante - Presupuesto

Nota: Se autoriza la adquisición según presente Ficha. y se autoriza la Modificación Pptaria. Nº Interna que se adjunta.

STATE OF CALIFORNIA
 DEPARTMENT OF REVENUE
 TAXPAYER'S STATEMENT OF TAXES PAID

NAME	ADDRESS	CITY	COUNTY

YEAR	AMOUNT PAID	DATE PAID	REMARKS

DATE PAID
 AMOUNT PAID

THE STATE OF CALIFORNIA
 DEPARTMENT OF REVENUE
 TAXPAYER'S STATEMENT OF TAXES PAID

NAME: _____ ADDRESS: _____ CITY: _____ COUNTY: _____

DATE PAID: _____ AMOUNT PAID: _____



STATE OF CALIFORNIA
 DEPARTMENT OF REVENUE
 TAXPAYER'S STATEMENT OF TAXES PAID

STATE OF CALIFORNIA - THE DEPARTMENT OF REVENUE