

R.U.T. : 70.892.100 - 9

Anima de Diego Nº 550

Fono : 51 2 54 41 67

Fax : 51 2 22 50 89 - La Serena

www.corporacionlaserena.cl

**ORDEN DE COMPRA**  
**AREA SALUD**

Nº 000231

La Serena, 27 de Julio de 2016

SEÑOR (ES) : FARMACUTICA CARIBBEAN LTDA R.U.T. : 76.830.090-9  
DIRECCION : AV. AMERICO VESPUCCIO #1385, STAGO FONO : 226639315  
DESTINADO A : Adquisición Insumos.  
PROYECTO o PROGRAMA : PERQUITA O.O.  
PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN :

| CANTIDAD  | UNIDAD            | DETALLE       | VALOR UNIT.      | VALOR TOTAL |      |              |          |             |           |  |                 |  |           |                   |
|---|-------------------|---------------|------------------|-------------|------|--------------|----------|-------------|-----------|--|-----------------|--|-----------|-------------------|
| 30.000  |                   | JERINGAS 5cc  | 33,75            | 1.012.500.- |      |              |          |             |           |  |                 |  |           |                   |
| 70.000  |                   | JERINGAS 10cc | 44,55            | 891.000.-   |      |              |          |             |           |  |                 |  |           |                   |
| <u>Centros de Salud</u>   |                   |               |                  |             |      |              |          |             |           |  |                 |  |           |                   |
| <table border="1"> <tr> <td>ÁREA</td> <td><u>Salud</u></td> </tr> <tr> <td>OBLIGADO</td> <td><u>1918</u></td> </tr> <tr> <td>DEVENGADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DECRETO DE PAGO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CUENTA Nº</td> <td><u>2204005001</u></td> </tr> </table> |                   |               |                  |             | ÁREA | <u>Salud</u> | OBLIGADO | <u>1918</u> | DEVENGADO |  | DECRETO DE PAGO |  | CUENTA Nº | <u>2204005001</u> |
| ÁREA  | <u>Salud</u>      |               |                  |             |      |              |          |             |           |  |                 |  |           |                   |
| OBLIGADO  | <u>1918</u>       |               |                  |             |      |              |          |             |           |  |                 |  |           |                   |
| DEVENGADO   |                   |               |                  |             |      |              |          |             |           |  |                 |  |           |                   |
| DECRETO DE PAGO   |                   |               |                  |             |      |              |          |             |           |  |                 |  |           |                   |
| CUENTA Nº   | <u>2204005001</u> |               |                  |             |      |              |          |             |           |  |                 |  |           |                   |
|   |                   |               | <u>04/00/001</u> |             |      |              |          |             |           |  |                 |  |           |                   |

**Condiciones de Pago :** \_\_\_\_\_

Los detalles de esta ORDEN DE COMPRA, debe concordar con la respectiva COTIZACION.  
LA FACTURA debe ser remitida a Contabilidad, adjuntando el ORIGINAL de esta ORDEN DE COMPRA.

|                 |                          |
|-----------------|--------------------------|
| Sub - Total     | <u>1.903.500.-</u>       |
| Descuento       |                          |
| % I.V.A.        | <u>361.665.-</u>         |
| <b>TOTAL \$</b> | <b><u>2265.165.-</u></b> |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <br>DIRECTOR DEPTO DEPARTAMENTO DE SALUD | <br>CONTABILIDAD UNIDAD DE PRESUPUESTO | <br>DIRECTOR DEPTO DE FINANZAS | <br>SECRETARIO GENERAL |
|--|---|--|---|

**REQUISITO DE COTIZACIONES :**  
De 0 hasta 5 U.T.M. = 1 Cotización  
De 5,1 hasta 25 U.T.M = 2 Cotizaciones  
De 25,1 y más U.T.M. = 3 Cotizaciones

Vº Bº Contraloría Interna