



CORPORACION MUNICIPAL
Gabriel González Videla
La Serena

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 Nº 000252

La Serena, 31 de Agosto de 2018

SEÑOR (ES) : FARMACUTICA CARIBEAN LTDA. R.U.T.: 76.830.090-9
 DIRECCION : Av. Arunco Vespucio 1385, Stgo FONONO : 26639300
 DESTINADO A : Admision Farmacos
 PROYECTO o PROGRAMA : Perceputa 0.0
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN :

| CANTIDAD | UNIDAD | DETALLE | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|--|----------------|----------------|------|--------------|----------|--|-----------|--|-----------------|--|-----------|----------------------|
| <u>01</u> | | <u>Admision Farmacos segun listado Adjunto</u> | <u>311.630</u> | <u>311.630</u> | | | | | | | | | | |
| | | <u>Botica Ciudadana</u> | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>ÁREA</td> <td><u>Salud</u></td> </tr> <tr> <td>OBLIGADO</td> <td></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>114-05-33-001</u></td> </tr> </table> | | | | | ÁREA | <u>Salud</u> | OBLIGADO | | DEVENGADO | | DECRETO DE PAGO | | CUENTA Nº | <u>114-05-33-001</u> |
| ÁREA | <u>Salud</u> | | | | | | | | | | | | | |
| OBLIGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DEVENGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DECRETO DE PAGO | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA Nº | <u>114-05-33-001</u> | | | | | | | | | | | | | |

Condiciones de Pago : PREGAGO

Sub - Total 311.630
 Descuento
 % I.V.A. 59.210
TOTAL \$ 370.840

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.

| | | | |
|--------------------------------|------------------|------------------------------|------------------------|
| DIRECTOR DEPTO <u>A</u> | CONTABILIDAD | DIRECTOR DEPTO. FINANZAS | 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
 Fecha: _____