



CORPORACION MUNICIPAL
Gabriel González Videla
La Serena

R.U.T. : 70.892.100 - 9

Anima de Diego N° 550

Fono : 51 2 54 41 67

Fax : 51 2 22 50 89 - La Serena

www.corporacionlaserena.cl

Orden de Compra Area Salud

Nº 000309

La Serena, 25 de Octubre de 2018

SEÑOR (ES) : Biomedika S.P.A R.U.T. : 76.732.365-4
 DIRECCION : Camino Lo Boza N° 107 11B, Pudahuel FONO : 232637185
 DESTINADO A : Compra de insumos Red APS, La Serena
 PROYECTO o PROGRAMA : Per capita 00
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : _____

| CANTIDAD | UNIDAD | DETALLE | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|--|--------------|--------------|------|--------------|----------|-------------|-----------|--|-----------------|--|-----------|------------------------|
| 1 | Unidad | Adquisición de Insumos según Unidad Adjunto | \$10.551.240 | \$10.551.240 | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>ÁREA</td> <td><u>Salud</u></td> </tr> <tr> <td>OBLIGADO</td> <td><u>3088</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>25-2207001001..</u></td> </tr> </table> | | | | | ÁREA | <u>Salud</u> | OBLIGADO | <u>3088</u> | DEVENGADO | | DECRETO DE PAGO | | CUENTA Nº | <u>25-2207001001..</u> |
| ÁREA | <u>Salud</u> | | | | | | | | | | | | | |
| OBLIGADO | <u>3088</u> | | | | | | | | | | | | | |
| DEVENGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DECRETO DE PAGO | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA Nº | <u>25-2207001001..</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 | \$10.551.240 |
| Descuento | — |
| % I.V.A. | \$2.004.736 |
| TOTAL \$ | 12.555.976 |

| | | | |
|----------------------------|------------------|------------------------------|------------------------|
| DIRECTOR DEPTO P.P. | 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

Valor Por U.T.M. = 100 días de cotización

Vº Bº Contraloría Interna

Fecha: _____