



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 000313

La Serena, 08 de Agosto de 2019

SEÑOR (ES) : Lamortonio Pastene S.A. R.U.T. : 87.674.800-7
 DIRECCION : ROMAN DIAZ 1271, stgo FONO : 224383132
 DESTINADO A : ADQUISICION DE FARMACOS
 PROYECTO o PROGRAMA : Botica Comunitaria
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : _____

| CANTIDAD | UNIDAD | DETALLE | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|---|------------------|------------------|------|--------------|--------|--|-----------|--|-----------------|--|-----------|----------------------|
| <u>01</u> | | <u>ADQUISICION DE FARMACOS</u> <u>SEGUN LISTADO ADJUNTO</u> <u>Botica Comunitaria</u> | <u>1.135.860</u> | <u>1.135.860</u> | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>ÁREA</td> <td><u>Salud</u></td> </tr> <tr> <td>ORIGEN</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> | ORIGEN | | DEVENGADO | | DECRETO DE PAGO | | CUENTA Nº | <u>114-05-33-001</u> |
| ÁREA | <u>Salud</u> | | | | | | | | | | | | | |
| ORIGEN | | | | | | | | | | | | | | |
| DEVENGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DECRETO DE PAGO | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA Nº | <u>114-05-33-001</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 1.135.860
 Descuento _____
 % I.V.A. 215.813.-
TOTAL \$ 1.351.673.

| | | | |
|--------------------------------|------------------|------------------------------|------------------------|
| 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: _____