



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 000360

La Serena, 09 de Septiembre de 2019





SEÑOR (ES) : SOCOJAR S.A. R.U.T. : 91.575.000-1
 DIRECCION : VICUÑA TRACKERUA 3350 FONO : 2381392
 DESTINADO A : ADQUISICION DE INSUTOS
 PROYECTO o PROGRAMA : PERCUPHA O.O.
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : _____

CANTIDAD	UNIDAD	DETALLE	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL										
<u>01</u>		<u>ADQUISICION DE INSUTOS</u> <u>SEGUN LISTADO ADJUNTO</u> <u>Centros de Salud.</u>	<u>9.504.350</u>	<u>9.504.350.</u>										
<table border="1"> <tr> <td>ÁREA</td> <td><u>Salud.</u></td> </tr> <tr> <td>OBLIGADO</td> <td><u>2929</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>215.22.04.005.001.-</u></td> </tr> </table>					ÁREA	<u>Salud.</u>	OBLIGADO	<u>2929</u>	DEVENGADO		DECRETO DE PAGO		CUENTA Nº	<u>215.22.04.005.001.-</u>
ÁREA	<u>Salud.</u>													
OBLIGADO	<u>2929</u>													
DEVENGADO														
DECRETO DE PAGO														
CUENTA Nº	<u>215.22.04.005.001.-</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>9.504.350.</u>
Descuento	
% I.V.A.	<u>1.805.827.</u>
TOTAL \$	<u>11.310.177.</u>

DIRECTOR DEPTO 	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: _____