



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 000386

La Serena, 14 de octubre de 2019

SEÑOR (ES) : Galenicum Chile SPA R.U.T. : 76.285.229-2
 DIRECCION : Las Cañas #7700, Stgo FONO : 232243294
 DESTINADO A : Adquisición de FARMACOS
 PROYECTO o PROGRAMA : Noticia Licitatoria
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : _____

| CANTIDAD | UNIDAD | DETALLE | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|---|-------------|-------------|------|--------------|----------|--|-----------|--|-----------------|--|-----------|----------------------|
| 01 | | Adquisición de FARMACOS SEGUN LISTADO ADJUNTO Noticia Licitatoria | 940.578 | 940.578.- | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>AREA</td> <td><u>salud</u></td> </tr> <tr> <td>OBLIGADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DEVENGADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LIBRETO DE PAGO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CUENTA Nº</td> <td><u>114-05-33-001</u></td> </tr> </table> | | | | | AREA | <u>salud</u> | OBLIGADO | | DEVENGADO | | LIBRETO DE PAGO | | CUENTA Nº | <u>114-05-33-001</u> |
| AREA | <u>salud</u> | | | | | | | | | | | | | |
| OBLIGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DEVENGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| LIBRETO 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 940.578.-
 Descuento _____
 % I.V.A. 178.710.-
TOTAL \$ 1.119.288.-

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