



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 000427

La Serena, 18 de NOVIEMBRE de 2019

SEÑOR (ES) : NOUOFARMA SERVICE S.A. R.U.T. : 96.945.670-2
 DIRECCION : General Alamos #421 FONDO : 23275041
 DESTINADO A : ADQUISICION DE FARMACOS
 PROYECTO o PROGRAMA : Protección Ciudadana
 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>Protección Ciudadana</u> | <u>1.765.836</u> | <u>1.765.836</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>14-05-33.001</u></td> </tr> </table> | | | | | ÁREA | <u>Salud</u> | OBLIGADO | | DEVENGADO | | DECRETO DE PAGO | | CUENTA Nº | <u>14-05-33.001</u> |
| ÁREA | <u>Salud</u> | | | | | | | | | | | | | |
| OBLIGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DEVENGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DECRETO DE PAGO | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA Nº | <u>14-05-33.001</u> | | | | | | | | | | | | | |

Condiciones de Pago : PRECIO.

| | |
|-----------------|-------------------------|
| Sub - Total | <u>1.765.836</u> |
| Descuento | |
| % I.V.A. | <u>335.509</u> |
| TOTAL \$ | <u>2.101.345</u> |

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 DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN | CONTABILIDAD UNIDAD DE PRESUPUESTO | DIRECTOR DEPTO. FINANZAS DIRECTOR DE FINANZAS | SECRETARIO GENERAL 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: _____