



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 000532**

La Serena, 11 de NOVIEMBRE de 2020

SEÑOR (ES) : Exhenicom Chile SPA R.U.T. : 76.285.229-2  
 DIRECCION : Las Comas 7700 Santiago FONO : 232243294  
 DESTINADO A : ADQUISICION FARMACOS  
 PROYECTO o PROGRAMA : Botica LUDMILA  
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : \_\_\_\_\_

CANTIDAD	UNIDAD	DETALLE	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL										
<u>01</u>		<u>ADQUISICION DE FARMACOS SEGUN LISTADO ADJUNTO  Botica LUDMILA</u>	<u>625.708</u>	<u>625.708</u>										
<table border="1" style="border-color: red; width: 200px; margin: auto;"> <tr> <td>ÁREA</td> <td><u>Salud</u></td> </tr> <tr> <td>OBLIGADO</td> <td><u>4476</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>215.22.04.004.010.000</u></td> </tr> </table>					ÁREA	<u>Salud</u>	OBLIGADO	<u>4476</u>	DEVENGADO		DECRETO DE PAGO		CUENTA Nº	<u>215.22.04.004.010.000</u>
ÁREA	<u>Salud</u>													
OBLIGADO	<u>4476</u>													
DEVENGADO														
DECRETO DE PAGO														
CUENTA Nº	<u>215.22.04.004.010.000</u>													
Sub - Total				<u>625.708</u>										
Descuento														
% I.V.A.				<u>118.885</u>										
<b>TOTAL \$</b>				<u>744.593</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.

 DIRECTOR DEPTO. SALUD	 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 v más U.T.M. = 3 Cotizaciones

Vº Bº Contraloría Interna