



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 000546

La Serena, 17 de NOVIEMBRE de 2020

SEÑOR (ES) : Laboratorio Pastow S.A R.U.T. : 96.989.940-K
 DIRECCION : SAU FERNANDO P36 FONO : 72573850
 DESTINADO A : ARMISIÓN INSUMOS
 PROYECTO o PROGRAMA : POTIVA LUMINIA
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : _____

| CANTIDAD | UNIDAD | DETALLE | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------|-------------|-------------|------|--------------|----------|-------------|-----------|--|-----------------|--|-----------|-------------------------------|
| 16 | | NAT 100 Dimeritio | 9.990 | 159.840.- | | | | | | | | | | |
| 16 | | NAT 100 Balance plus | 8590 | 137.440.- | | | | | | | | | | |
| 06 | | NAT 100 Modulo proteico | 6.276 | 37.656.- | | | | | | | | | | |
| <u>Potiva Luminia</u> <u>de remplazo orden de compra N°502.</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>AREA</td> <td><u>Salud</u></td> </tr> <tr> <td>OBLIGADO</td> <td><u>4513</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> | | | | | AREA | <u>Salud</u> | OBLIGADO | <u>4513</u> | DEVENGADO | | DECRETO DE PAGO | | CUENTA Nº | <u>215.22.04.004.010.000.</u> |
| AREA | <u>Salud</u> | | | | | | | | | | | | | |
| OBLIGADO | <u>4513</u> | | | | | | | | | | | | | |
| DEVENGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DECRETO DE PAGO | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA Nº | <u>215.22.04.004.010.000.</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>334.936.-</u> |
| Descuento | |
| % I.V.A. | <u>63.638.-</u> |
| TOTAL \$ | <u>398.574.-</u> |

| | | | |
|--|------------------|--|--|
| DIRECTOR DEPTO DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCION | CONTABILIDAD | DIRECTOR DEPTO. FINANZAS DIRECTOR DEPTO. 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 v más U.T.M. = 3 Cotizaciones

Vº Bº Contraloría Interna