



CORPORACION MUNICIPAL
Gabriel González Videla
La Serena

R.U.T. : 70.892.100 - 9

Anima de Diego N° 550

Fono : 51 2 54 41 67

Fax : 51 2 22 50 89 - La Serena

www.corporacionlaserena.cl

Orden de Compra Area Salud

N° 000293

La Serena, 30 de ABRIL de 2021

SEÑOR (ES) : CORPORUM ETILOS SA. R.U.T. : 28.583.750-9
 DIRECCION : ADA PROGUANO 4900, STGO FONONO : 22079552
 DESTINADO A : ADQUISICION FARMACOS
 PROYECTO o PROGRAMA : PARCAPITA 00
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN :

| CANTIDAD | UNIDAD | DETALLE | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|------------------------------|-------------|-------------|------|-------------------|----------|--|-----------|--|-----------------|--|-----------|-------------------------|
| 50.000 | | FURAZATO FENOSO + VITAMINAS | 376 | 18.750.000 | | | | | | | | | | |
| 20.000 | | CEFTIOXIMOLO 600MG CM | 74 | 1.480.000 | | | | | | | | | | |
| 300 | | MIDAZOLAM 5MG/ML AMPOLLA 1ML | 800 | 240.000 | | | | | | | | | | |
| <u>Centros de Salud</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>ÁREA</td> <td><u>Adm. 11430</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 N°</td> <td><u>25-22-04-004-001</u></td> </tr> </table> | | | | | ÁREA | <u>Adm. 11430</u> | OBLIGADO | | DEVENGADO | | DECRETO DE PAGO | | CUENTA N° | <u>25-22-04-004-001</u> |
| ÁREA | <u>Adm. 11430</u> | | | | | | | | | | | | | |
| OBLIGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DEVENGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DECRETO DE PAGO | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA N° | <u>25-22-04-004-001</u> | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|------------------------------|-----------------|-------------------|
| Condiciones de Pago : | Sub - Total | <u>20.470.000</u> |
| | Descuento | |
| | % I.V.A. | <u>3889.300</u> |
| | TOTAL \$ | <u>24.359.300</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 DIRECCION | 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
 Valor Ref UTM : 1er día de cada mes

Vº Bº Contraloría Interna

Fecha: _____