



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

Nº 000620

La Serena, 10 de Agosto

de 2021

SEÑOR (ES) : GLAXOSMITHKLINE Chile Farmaceutica LTDA R.U.T. : 85.025.700-0
 DIRECCION : AV. ANDRES BELLO #2687, STAGO FONO : _____
 DESTINADO A : ADQUISICION FARMACOS
 PROYECTO o PROGRAMA : BOTICA CIUDADANA -
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : _____

| CANTIDAD | UNIDAD | DETALLE | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|---|-------------|-------------|------|-------|----------|------|-----------|--|-----------------|--|-----------|-------------------------|
| 01 | | ADQUISICION FARMACOS SEMIN LISTADO ADJUNTO Botica Ciudadana | 1.660.114 | 1.660.114 | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>ÁREA</td> <td>Salud</td> </tr> <tr> <td>OBLIGADO</td> <td>5749</td> </tr> <tr> <td>DEVENGADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SECRETO DE PAGO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CUENTA Nº</td> <td>215 22.04.004.010.000 -</td> </tr> </table> | | | | | ÁREA | Salud | OBLIGADO | 5749 | DEVENGADO | | SECRETO DE PAGO | | CUENTA Nº | 215 22.04.004.010.000 - |
| ÁREA | Salud | | | | | | | | | | | | | |
| OBLIGADO | 5749 | | | | | | | | | | | | | |
| DEVENGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| SECRETO DE PAGO | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA Nº | 215 22.04.004.010.000 - | | | | | | | | | | | | | |

Condiciones de Pago : PREPAGO

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 1.660.114.
 Descuento _____
 % I.V.A. 315.422.
TOTAL \$ 1.975.536.

| | | | |
|------------------------|------------------------------------|--|--|
| <u>[Signature]</u> | CONTABILIDAD <u>[Signature]</u> | DIRECTOR DEPTO. FINANZAS <u>[Signature]</u> | SECRETARIO GENERAL <u>[Signature]</u> |
|------------------------|------------------------------------|--|--|

REQUISITO DE COTIZACIONES :

De 0 hasta 5 U.T.M. = 1 Cotización
 De 5,1 hasta 25 U.T.M. = 2 Cotizaciones

Vº Bº Contraloría Interna