



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 000120

La Serena, 18 de Febrero de 2022

SEÑOR (ES) : ETHOS S.A. R.U.T. : 78.583.780-9
 DIRECCION : AV. Apoquinido # 4900, etapa FONO : _____
 DESTINADO A : ADQUISICION DE FARMACOS
 PROYECTO o PROGRAMA : PERCUPITA O.O
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : _____

| CANTIDAD | UNIDAD | DETALLE | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|----------------------------------|--------------|------------------|------|--------------|----------|-------------|-----------|--|-----------------|--|-----------|------------------------|
| <u>500</u> | | <u>Lactulosa 67% Fco x 200ml</u> | <u>2.165</u> | <u>1.082.500</u> | | | | | | | | | | |
| | | <u>Cotización N° 26800641</u> | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>AREA</td> <td><u>Salud</u></td> </tr> <tr> <td>OBLIGADO</td> <td><u>376P</u></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>75-2201 001 001</u></td> </tr> </table> | | | | | AREA | <u>Salud</u> | OBLIGADO | <u>376P</u> | DEVENGADO | | DECRETO DE PAGO | | CUENTA N° | <u>75-2201 001 001</u> |
| AREA | <u>Salud</u> | | | | | | | | | | | | | |
| OBLIGADO | <u>376P</u> | | | | | | | | | | | | | |
| DEVENGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DECRETO DE PAGO | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA N° | <u>75-2201 001 001</u> | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-----------------|---------------------------|
| Sub - Total | <u>1.082.500.-</u> |
| Descuento | |
| % I.V.A. | <u>206.675.-</u> |
| TOTAL \$ | <u>1.288.175.-</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 | 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. U.T.M. : 1er día de cada mes

Vº Bº Contraloría Interna

Fecha: _____