



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 000181

La Serena, 18 de MARZO de 2022





SEÑOR (ES) : Laboratorio NOVONORDISK S.A. R.U.T. : 76.711.330-7
 DIRECCION : Av Presidente Riesco # 5335, Stgo FONO : _____
 DESTINADO A : ADQUISICIÓN FÁRMACOS
 PROYECTO o PROGRAMA : Bolita LUTADANA
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : _____

| CANTIDAD | UNIDAD | DETALLE | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|----------------|--------------------|------|--------------|----------|-------------|-----------|--|-----------------|--|-----------|-------------------------|
| <u>20</u> | <u>cps</u> | <u>OZEMIC 2MG/1,5ML</u> | <u>106.100</u> | <u>2.122.000.-</u> | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>ÁREA</td> <td><u>Salud</u></td> </tr> <tr> <td>OBLIGADO</td> <td><u>4332</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>75-22-04-004-010</u></td> </tr> </table> | | | | | ÁREA | <u>Salud</u> | OBLIGADO | <u>4332</u> | DEVENGADO | | DECRETO DE PAGO | | CUENTA Nº | <u>75-22-04-004-010</u> |
| ÁREA | <u>Salud</u> | | | | | | | | | | | | | |
| OBLIGADO | <u>4332</u> | | | | | | | | | | | | | |
| DEVENGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DECRETO DE PAGO | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA Nº | <u>75-22-04-004-010</u> | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-----------------|---------------------------|
| Sub - Total | <u>2.122.000.-</u> |
| Descuento | |
| % I.V.A. | <u>403.180.-</u> |
| TOTAL \$ | <u>2.525.180.-</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.

| | | | |
|---|---|--|---|
|  |  |  |  |
|---|---|--|---|

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 IITM : 1er día de cada mes

Vº Bº Contraloría Interna

Fecha: _____