



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 000201

La Serena, 01 de ABRIL de 2022

SEÑOR (ES) : SD IMPORTACIONES LTDA R.U.T. : 76.765.294-1
 DIRECCION : AUBM P. Wto #237, Stgo FONO : _____
 DESTINADO A : ANIMACION INSUMOS
 PROYECTO o PROGRAMA : CONVENIO ODONTOLÓGICO PREPAGUENTO DE ACCESO
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : (COD. 237)

| CANTIDAD | UNIDAD | DETALLE | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------------|-------------|-------------|------|--------------|----------|-------------|-----------|--|-----------------|--|-----------|-------------------------|
| 100 | BOXES | TOMAS DESINFECTANTES (400UN) | 12.500 | 1.250.000.- | | | | | | | | | | |
| 150 | BOXES | GUANTES LATEX FINA XS (100UN) | 8.500 | 1.275.000.- | | | | | | | | | | |
| <u>Cotización N° 525</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>ÁREA</td> <td><u>Salud</u></td> </tr> <tr> <td>OBLIGADO</td> <td><u>4387</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>75-22-04-007-002</u></td> </tr> </table> | | | | | ÁREA | <u>Salud</u> | OBLIGADO | <u>4387</u> | DEVENGADO | | DECRETO DE PAGO | | CUENTA N° | <u>75-22-04-007-002</u> |
| ÁREA | <u>Salud</u> | | | | | | | | | | | | | |
| OBLIGADO | <u>4387</u> | | | | | | | | | | | | | |
| DEVENGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DECRETO DE PAGO | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA N° | <u>75-22-04-007-002</u> | | | | | | | | | | | | | |

Sub - Total 2.525.000
 Descuento _____
 % I.V.A. 479.750.
TOTAL \$ 3.004.750.

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.

| | | | |
|---|---------------------------|------------------------------|------------------------|
| DEPTO DEPTO DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCION | UNIDAD DE PRESUPUESTO | 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

Vº Bº Contraloría Interna

Fecha: _____