



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 Botica Ciudadana

Nº 000149

La Serena, 01 de Diciembre de 2022

SEÑOR (ES) : Norofarma Service SA. R.U.T. : 96.945.630-2
DIRECCION : Av. Victor Unbe 2280, Quilicura FONO : _____
DESTINADO A : Adquisición de farmacos.
PROYECTO o PROGRAMA : Botica Ciudadana
PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : _____

| CANTIDAD | UNIDAD | DETALLE | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------|--|----------------|-------------|----------|-----|-----------|--|-----------------|--|-----------|-------------------|--|--|
| 6 | cajas | Tareg D 160/12,5mg x28 comp. | \$ 20.412 | \$ 122.472 | | | | | | | | | | |
| 4 | cajas | Exforge D 10/160/12,5mg | \$ 26.208 | \$ 104.832 | | | | | | | | | | |
| 3 | cajas | Exforge D 10/320/25mg | \$ 26.208 | \$ 78.624 | | | | | | | | | | |
| 20 | cajas | Exforge D 5/160/12,5mg | \$ 26.208 | \$ 524.160 | | | | | | | | | | |
| 2 | cajas | Tareg D 160/12,5mg x56 comprimidos | \$ 32.312 | \$ 64.624 | | | | | | | | | | |
| 5 | cajas | Tareg D 80/12,5mg x28 comprimidos | \$ 20.412 | \$ 102.060 | | | | | | | | | | |
| 35 | cajas | Galvus met 50/1000 mg x56 comprimidos | \$ 23.464 | \$ 821.240 | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">AREA</td> <td style="width: 50%;">Botica</td> </tr> <tr> <td>OBLIGADO</td> <td>RUI</td> </tr> <tr> <td>DEVENGADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DECRETO DE PAGO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CUENTA N°</td> <td>915-22-01-001-010</td> </tr> </table> | AREA | Botica | OBLIGADO | RUI | DEVENGADO | | DECRETO DE PAGO | | CUENTA N° | 915-22-01-001-010 | | |
| AREA | Botica | | | | | | | | | | | | | |
| OBLIGADO | RUI | | | | | | | | | | | | | |
| DEVENGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DECRETO DE PAGO | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA N° | 915-22-01-001-010 | | | | | | | | | | | | | |

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.

| | |
|-----------------|--------------------|
| Sub - Total | \$ 2.080.092 |
| Descuento | — |
| % I.V.A. | \$ 395.217 |
| TOTAL \$ | 2.475.309 - |

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|
| DIRECTOR DEPTO DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCION | CONTABILIDAD UNIDAD DE PRESUPUESTO | DIRECTOR DEPTO. FINANZAS DIRECCION DE FINANZAS | SECRETARIO GENERAL 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: _____