



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 000637

La Serena, 23 de Diciembre de 2022

SEÑOR (ES) : PERSONAL Computer Factory S.A R.U.T. : 78 885.550-8
 DIRECCION : Antino Post #620 FONO : _____
 DESTINADO A : ADONUSIA IMPRESORA
 PROYECTO o PROGRAMA : CONVENIO DE PRECIO SALUD MENTAL (243)
 PERSONA RESPONSABLE DEL BIEN : _____

| CANTIDAD | UNIDAD | DETALLE | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|---|-------------|-------------|------|-------|----------|------|-----------|--|-----------------|--|-----------|----------------------|
| 01 | | Mu. Multifuncional Brother led Color Cotización 8044590 | 504.193 | 504.193 | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr><td>ÁREA</td><td>Salud</td></tr> <tr><td>OBLIGADO</td><td>8115</td></tr> <tr><td>DEVENGADO</td><td></td></tr> <tr><td>DECRETO DE PAGO</td><td></td></tr> <tr><td>CUENTA Nº</td><td>75-29.06.001-001-002</td></tr> </table> | | | | | ÁREA | Salud | OBLIGADO | 8115 | DEVENGADO | | DECRETO DE PAGO | | CUENTA Nº | 75-29.06.001-001-002 |
| ÁREA | Salud | | | | | | | | | | | | | |
| OBLIGADO | 8115 | | | | | | | | | | | | | |
| DEVENGADO | | | | | | | | | | | | | | |
| DECRETO DE PAGO | | | | | | | | | | | | | | |
| CUENTA Nº | 75-29.06.001-001-002 | | | | | | | | | | | | | |

Condiciones de Pago : Anticipo a Proveedor.

Las 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 | 504.193. |
| Descuento | 25.210. |
| % I.V.A. | 91.007. |
| TOTAL \$ | 569.990.- |

| | | | |
|---------------------------|------------------|------------------------------|------------------------|
| DIRECTOR DEPTO. SALUD | 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: _____