

12 de Julio de 2024

**ORDEN DE COMPRA Nro. 202400001740**

AREA 0002 UNIDAD CENTRAL

Señor(es) : **SERVICIOS AUTOMOTRICES NAVARRO &** Rut : **77.619.243-0**  
Dirección :  
Teléfono : **0** Contacto :  
Fax : **0** E-Mail :

\*\*\* El pago a proveedores se realizará dentro de los 30 días corridos contados desde la recepción de factura con la certificación conforme de los bienes y servicios-requisito para efectuar el pago \*\*\*

\*\*\* AL MOMENTO DE FACTURAR SE RUEGA HACER MENCIÓN AL NRO. ORDEN DE COMPRA \*\*\*

| Cantidad | Unid. Medida | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Valor Unidad | Total   |
|----------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|
| 1        | UNIDAD       | CAMBIO DE DOS FLEXIBLES, LINEA DE COMBUSTIBLE<br>COTIZACION N°372<br>DATOS DEL VEHÍCULO<br>Marca: MERCEDES BENZ<br>Modelo: SPRINTERC 515 CDI<br>Año: 2018<br>Tipo: BUS<br>Patente: JYFR 11<br>Kilometrajes: 39.003<br>DATOS PARA EMISIÓN DE FACTURA:<br>*Nombre: Corporación Municipal de Desarrollo Social de Calama<br>*Dirección: Avda. Bernardo OHiggins No 1155 Villa Chica.<br>*Rut. N° 70.954.900-6<br>*Giro: Educación y Salud<br>AL MOMENTO DE EMITIR FACTURA HACER MENCIÓN AL.<br>*Número de oc. | 140,000      | 140,000 |

Glosa MEMO N° 379 D. ADMINISTRACION

|            |         |
|------------|---------|
| Sub-Total  | 140,000 |
| Descuento  |         |
| Monto Neto | 140,000 |
| Iva 19%    | 26,600  |
| Total      | 166,600 |

Condición de Pago 30 DIAS  
Plazo de Entrega 12/07/2024  
Forma de Despacho DEPENDENCIAS DEL PROVEEDOR  
Documento de Origen MEMO N°379/2024 D. ADMINISTRACION  
Cuenta Presupuestaria 2152206002001001  
Area de Gestión SIN AREA DE GESTION

