

12 de Marzo de 2024

ORDEN DE COMPRA Nro. 202400000390

AREA 0010 FARMACIA COMUNITARIA

Señor(es)

:

NOVOFARMA SERVICE. S.A

Rut

:

96.945.670-2

Dirección

:

AVDA. VICTOR URIBE 2280-2300 QUILICURA

Telefono

:

6209900

Contacto

:

Fax

:

6243157

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
10	UNIDAD	BROMURO DE IPATROPIO 200MG/BROMURO FENOTEROL 50MCG	16,090	160,900
6	CAJA X 60	DABIGATRAN 110MG.	53,820	322,920
6	CAJA X 60	DABIGATRAN 150MG	53,820	322,920
10	CAJA X 30	EMPAGLIFLOZINA 10MG.	19,320	193,200
20	CAJA X 30	EMPAGLIFLOZINA 25MG.	29,563	591,260
10	CAJA X 60	EMPAGLIFLOZINA/METFORMINA 12,5/850 MG.	32,527	325,270
10	CAJA X 600 UD	EMPAGLIFLOZINA12.5MG /MTFORMINA 1000MG.6	32,527	325,270
5	CAJA X 60	LINAGLIPTINA /METFORMINA 2.5/850MG	30,867	154,335
10	CAJA X 60	LINAGLIPTINA/METFORMINA 2,5/1000MG.	30,867	308,670
10	CAJA X 28	TELMISARTAN 80MG.	23,772	237,720
10	CAJA X 28	TELMISARTAN/HIDROCLOROTIAZIDA 80/12,5MG.	23,772	237,720
10	CAJA X 28	TELMISARTAN/AMLODIPINO 80/10 MG.	24,752	247,520

Glosa NOVOFARMA SERVICE S.A; FARMACIA CIUDADANA; FARMACOS

Sub-Total	3,427,705
Des cuenta	
Monto Neto	3,427,705
Iva 19%	651,264
Total	4,078,969

Condición de Pago

30 DIAS

Plazo de Entrega

20/03/2024

Forma de Despacho

ESMERALDA #1814 VILLA CHICA CALAMA

Documento de Origen

MEMO N°19/24

Cuenta Presupuestaria

2152204004001001

Area de Gestión

SIN AREA DE GESTION

AREA DE ADQUISICIONES
DESPARTAMENTO DE SALUD

DIRECTOR TECNICO

CAROLINA PAREDES PAREDES

DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD

JEFA DEPTO. FINANZAS

JEFA(I) DEPARTAMENTO FINANZAS

DIRECTOR EJECUTIVO

JORGE MUÑOZ ALBORTA

DIRECTOR EJECUTIVO (S)

A-202400000390

Page 1 of 1

*** POR POLÍTICA INTERNA NO SE ACEPTAN FACTURAS CEDIDAS A FACTORING ***