

15 de Marzo de 2024

ORDEN DE COMPRA Nro. 202400000439

AREA 0010 FARMACIA COMUNITARIA

Señor(es) : ASTRAZENECA S.A. Rut : 76.447.530-5
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
5	CAJA X 30	CANDESARTAN 16 MG	19,650	98,250
30	CAJA X 28	DAPAGLIFLOZINA 10 MG	24,584	737,520
10	CAJA X 28	DAPAGLIFOZINA/METFORMINA 10/1000 MG	28,448	284,480
5	CAJA X 56	DAPAGLIFOZINA/METFORMINA 5/1000 MG	31,304	156,520
5	CAJA X 30	METOPROLOL 25MG.	9,180	45,900

Glosa ASTRAZENECA S.A; FARMACIA CIUDADANA; FARMACOS

Sub-Total	1,322,670
Des cuenta	
Monto Neto	1,322,670
Iva 19%	251,307
Total	1,573,977

Condición de Pago 30 DIAS
Plazo de Entrega 22/03/2024
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
DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD
JEFA DEPTO. FINANZAS
JEFA(I) DEPARTAMENTO FINANZAS
DIRECTOR EJECUTIVO (S)