

19 de Enero de 2024

ORDEN DE COMPRA Nro. 20240000099

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 |
|----------|--------------|-------------------------------------|--------------|-----------|
| 45 | CAJA X 28 | DAPAGLIFOZINA/METFORMINA 10/1000 MG | 25,200 | 1,134,000 |
| 10 | UNIDAD | BUDESONIDA/FORMOTEROL 160/4,5MCG. | 12,000 | 120,000 |

Glosa ASTRAZENECA S.A.;FARMACIA CIUDADANA; FARMACOS; CENABAST

| | |
|------------|-----------|
| Sub-Total | 1,254,000 |
| Descuento | |
| Monto Neto | 1,254,000 |
| Iva 19% | 238,260 |
| Total | 1,492,260 |

Condición de Pago 30 DIAS
 Plazo de Entrega 19/01/2024
 Forma de Despacho ESMERALDA #1814 VILLA CHICA CALAMA
 Documento de Origen INTERMEDIACION CENABAST
 Cuenta Presupuestaria 2152204004001001
 Area de Gestión CENABAST CENTRAL NACIONAL DE ABASTECIMIENTO


 AREA DE ADQUISICIONES
 DESPARTAMENTO DE SALUD


 DIRECTORA DEPARTAMENTO
 DE SALUD


 JEFA(1) DEPARTAMENTO
 FINANZAS


 DIRECTOR DE GESTIÓN Y
 PLANIFICACIÓN


 DIRECTORA EJECUTIVA