

27 de Junio de 2024

ORDEN DE COMPRA Nro. 202400001621

AREA 0010 FARMACIA COMUNITARIA

Señor(es) : **NOVOFARMA SERVICE. S.A** Rut : **96.945.670-2**
 Dirección : **AVDA. VICTOR URIBE 2280-2300 QUILICURA**
 Teléfono : **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 | CAJA X 30 | EMPAGLIFLOZINA 10MG. | 17,950 | 179,500 |
| 10 | CAJA X 60 | EMPAGLIFLOZINA/METFORMINA 12,5/1000 MG. | 29,250 | 292,500 |
| 30 | CAJA X 30 | METFORMINA XR 750MG | 5,009 | 150,270 |
| 20 | CAJA X 50 | LEVOTIROXINA 75MCG. | 5,500 | 110,000 |

Glosa NOVOFARMA SERVICE S.A; FARMACIA CIUDADANA; FARMACOS

| | |
|------------|---------|
| Sub-Total | 732,270 |
| Des cuenta | |
| Monto Neto | 732,270 |
| Iva 19% | 139,131 |
| Total | 871,401 |

Condición de Pago 30 DIAS
 Plazo de Entrega 12/07/2024
 Forma de Despacho ESMERALDA #1814 VILLA CHICA CALAMA
 Documento de Origen MEMO N°067/24
 Cuenta Presupuestaria 2152204004001001
 Area de Gestión SIN AREA DE GESTION





AREA DE ADQUISICIONES DEPARTAMENTO DE SALUD
 DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD
 JEFA(1) DEPARTAMENTO FINANZAS
 DIRECTOR EJECUTIVO