Rut	:	**70.954.900-6**
Empresa	:	**Corporación Municipal de Desarrollo Social**
Dirección	:	**Av. Bernardo Ohiggins # 1155 Villa Chica - Calama**
Telefono	:	**(55) 711823 - (55) 711824 FonoFax: (55) 711808**
Giro	:	**Eduacion y Salud**

27 de Octubre de 2024

ORDEN DE COMPRA Nro. 202400003049

AREA 0010 FARMACIA COMUNITARIA

Señor(es)	:	**ESPRIT DE VIE S.A.**	Rut	:	**96.867.320-3**
Dirección	:	**AV. CARRASCAL #5650**			
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 c *** 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
20	UNIDAD	TRIPTORELINA 11..25MG SUSP INY	64,000	1,280,000

Glosa ESPRIT DE VIE S.A; FARMACIA CIUDADANA; FARMACOS; CENABAST

Sub-Total	1,280,000
Descuento	
Monto Neto	1,280,000
Iva 19%	243,200
Total	1,523,200

Condición de Pago	30 DIAS
Plazo de Entrega	25/10/2024
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	PIA CORTES MALDONADO **DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD**	JANET SORENSEN ANDUEZA **JEFA(I) DEPARTAMENTO FINANZAS**	JORGE MUÑOZ ALBORTA **DIRECTOR EJECUTIVO**

A-2124000049

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