

29 de Octubre de 2024

ORDEN DE COMPRA Nro. 202400003075

AREA 0010 FARMACIA COMUNITARIA

Señor(es)	: INDOPHARMA S.A.	Rut	: 76.274.027-3
Dirección	:		
Teléfono	: 322179060	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
30	CAJA X 30	RISPERIDONA IMG.	978	29,340

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

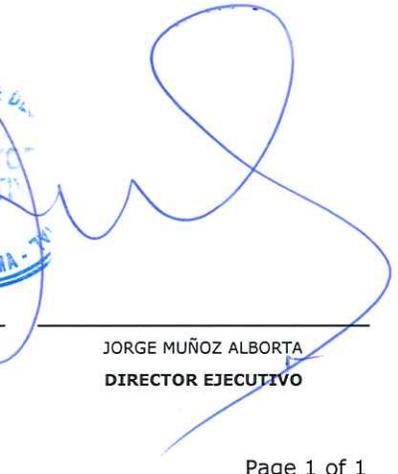
Sub-Total	29,340
Des cuenta	
Monto Neto	29,340
Iva 19%	5,575
Total	34,915

Condición de Pago 30 DIAS
 Plazo de Entrega 29/10/2024
 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 DEPARTAMENTO DE SALUD
 DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD
 JEFA(I) DEPARTAMENTO FINANZAS
 DIRECTOR EJECUTIVO