

07 de Noviembre de 2024

ORDEN DE COMPRA Nro. 202400003181

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
30	CAJA X 28	DAPAGLIFOZINA/METFORMINA 10/1000 MG	25,200	756,000

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

Sub-Total	756,000
Descuento	
Monto Neto	756,000
Iva 19%	143,640
Total	899,640

Condición de Pago 30 DIAS
 Plazo de Entrega 05/11/2024
 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**
**PIA CORTES MALDONADO
 DIRECTORA DEPARTAMENTO DE
 SALUD**
**JANET SORENSEN ANDUEZA
 JEFA(I) DEPARTAMENTO FINANZAS**
**JORGE MUÑOZ ALBORTA
 DIRECTOR EJECUTIVO**