



Rut : 70.954.900-6  
 Empresa : Corporación Municipal de Desarrollo Social  
 Dirección : Av. Bernardo Ohiggins # 1155 Villa Chica - Calama  
 Telefono : (55) 2 540418 DEPARTAMENTO DE SALUD  
 Giro : Eduacion y Salud

12 de Noviembre de 2024

**ORDEN DE COMPRA Nro. 202400003249**

AREA 0004 SALUD

Señor(es) : **ROCHE CHILE LIMITADA** Rut : **82.999.400-3**  
 Dirección : **AV. QUILIN N° 3750, COMUNA MACUL, CASILLA 399 CORREO 1, SANT**  
 Teléfono : **24413200** 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 de recepción 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
12	KIT	Insulin Elecsys cobas e 100 CAD. II SEM. 2025 COD. 12017547122	364,800	4,377,600
12	KIT	Total PSA Elecsys cobas e 100 V2.1 CAD. II SEM. 2025 COD. 8791686190	375,700	4,508,400

Glosa ROCHE - REACTIVOS - LABORATORIO CLINICO  
**NOTA:** SE SOLICITA QUE LOS PRODUCTOS, SEAN DESPACHADOS Y TENGAN LA CADUCIDAD SEÑALADA EN EL PRESENTE.  
 CONTACTO: DIRECTORA TECNICA LABORATORIO CLINICO APS CALAMA.  
**SRTA. ISABEL HUANCHICAY OCHOA.**- [labcomdescalidad@gmail.com](mailto:labcomdescalidad@gmail.com)  
**DESPACHO EN:** CALLE ESMERALDA 1814 VILLA CHICA - CALAMA

Sub-Total	8,886,000
Descuento	-
Monto Neto	8,886,000
<b>Iva 19%</b>	1,688,340
<b>Total</b>	<b>10,574,340</b>

Condición de Pago 30 DIAS  
 Plazo de Entrega 15/11/2024  
 Forma de Despacho ESMERALDA 1814 - VILLA CHICA - CALAMA  
 Documento de Origen MEMO N°415 LABORATORIO CLINICO  
 Cuenta Presupuestaria 2152204003001001  
 Area de Gestión SIN AREA DE GESTION

Isabel Huanchicay  
 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