

12 de Febrero de 2025

**ORDEN DE COMPRA Nro. 20250000103**

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
20	CAJA X 28	DAPAGLIFOZINA/METFORMINA 10/1000 MG	25,200	504,000
5	CAJA X 56	DAPAGLIFOZINA/METFORMINA 5/1000 MG	29,568	147,840
30	UNIDAD	BUDESONIDA/FORMOTEROL 160/4,5MCG.	13,500	405,000
5	UNIDAD	BUDESONIDA+FORMOTEROL 80/4.5 X 120 DS	16,500	82,500

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

Sub-Total	1,139,340
Des cuenta	
Monto Neto	1,139,340
Iva 19%	216,475
Total	1,355,815

Condición de Pago 30 DIAS  
 Plazo de Entrega 30/01/2025  
 Forma de Despacho ESMERALDA #1814 VILLA CHICA CALAMA  
 Documento de Origen INTERMEDIACION CENABAST  
 Cuenta Presupuestaria 2152204004001001  
 Area de Gestión CENABAST CENTRAL NACIONAL DE ABASTECIMIENTO

  
 DIRECTOR TÉCNICO  
 AREA DE ADQUISICIONES  
 DEPARTAMENTO DE SALUD

  
 DIRECTORA SALUD  
 DIRECTORA DEPARTAMENTO DE  
 SALUD

  
 JEFA DEPTO.  
 FINANZAS  
 JEFA(I) DEPARTAMENTO FINANZAS

  
 DIRECTOR EJECUTIVO  
 DIRECTOR EJECUTIVO