

24 de Junio de 2025

ORDEN DE COMPRA Nro. 20250000494

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
5	CAJA X 56	DAPAGLIFOZINA/METFORMINA 5/1000 MG	29,568	147,840
20	CAJA X 28	DAPAGLIFOZINA/METFORMINA 10/1000 MG	26,880	537,600
10	UNIDAD	BUDESONIDA/FORMOTEROL 80/4,5MCG.	16,500	165,000
Glosa			Sub-Total	850,440
			Des cuenta	
			Monto Neto	850,440
			Iva 19%	161,584
			Total	1,012,024

Condición de Pago : 30 DIAS
 Plazo de Entrega : 16/06/2025
 Forma de Despacho : ESMERALDA #1814 VILLA CHICA CALAMA
 Documento de Origen : INTERMEDIACION CENABAST
 Cuenta Presupuestaria : 2152204004001001
 Area de Gestión : CENABAST CENTRAL NACIONAL DE ABASTECIMIENTO



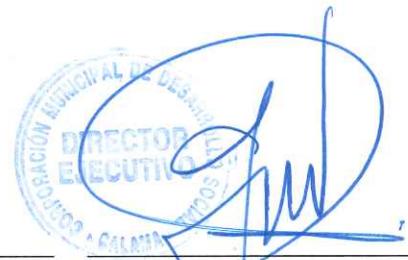
 AREA DE ADQUISICIONES
 DEPARTAMENTO DE SALUD



 DIRECTORA DEPARTAMENTO DE
 SALUD



 JEFA(1) DEPARTAMENTO FINANZAS



 DIRECTOR EJECUTIVO