Rut	:	**70.954.900-6**
Empresa	:	**Corporación Municipal de Desarrollo Social**
Dirección	:	**Av. Bernardo Ohiggins # 1155 Villa Chica - Calama**
Telefono	:	**(55) 711823 - (55) 711824 FonoFax: (55) 711808**
Giro	:	**Eduacion y Salud**

02 de Julio de 2025

ORDEN DE COMPRA Nro. 202500000518

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 c *** 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
17	CAJA X 30	RISPERIDONA 1MG.	978	16,626

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

Sub-Total	16,626
Descuento	
Monto Neto	16,626
Iva 19%	3,159
Total	19,785

Condición de Pago	30 DIAS
Plazo de Entrega	30/06/2025
Forma de Despacho	ESMERALDA #1814 VILLA CHICA CALAMA
Documento de Origen	INTERMEDIACION CENABAST
Cuenta Presupuestaria	215220400400100I
Area de Gestión	CENABAST CENTRAL NACIONAL DE ABASTECIMIENTO

	PIA CORTES MALDONADO	JANET SORENSEN ANDUEZA	LUIS VILLASECA SOTO
AREA DE ADQUISICIONES DESPARTAMENTO DE SALUD	**DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD**	**JEFA(I) DEPARTAMENTO FINANZAS**	**DIRECTOR EJECUTIVO**

A-202500000518

*** POR POLÍTICA INTERNA NO SE ACEPTAN FACTURAS CEDIDAS A FACTORING ***