

02 de Julio de 2025

**ORDEN DE COMPRA Nro. 20250000526**

AREA 0010 FARMACIA COMUNITARIA

Señor(es) : **NOVOFARMA SERVICE. S.A** Rut : **96.945.670-2**  
 Dirección : **AVDA. VICTOR URIBE 2280-2300 QUILICURA**  
 Teléfono : **6209900** Contacto :  
 Fax : **6243157** 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 30    | EMPAGLIFLOZINA 10MG.                   | 17,950       | 359,000 |
| 10       | CAJA X 60    | EMPAGLIFLOZINA/METFORMINA 12,5/850 MG. | 29,250       | 292,500 |
| 10       | CAJA X 60    | EMPAGLIFLOZINA/METFORMINA 50/1000MG.   | 28,800       | 288,000 |
| 30       | CAJA X 50    | LEVOTIROXINA 100 MG. CM                | 5,930        | 177,900 |
| 20       | CAJA X 50    | LEVOTIROXINA 50MCG.                    | 5,800        | 116,000 |
| 20       | CAJA X 50    | LEVOTIROXINA 75MCG.                    | 6,520        | 130,400 |
| 30       | CAJA X 30    | ZOLPIDEM 10MG.                         | 14,870       | 446,100 |
| 5        | CAJA X 1000  | TRAMADOL 32.5+PARACETAMOL 375.0 MG CM  | 17,000       | 85,000  |

Glosa NOVOFARMA SERVICE S.A; FARMACIA CIUDADANA; FARMACOS

|            |           |
|------------|-----------|
| Sub-Total  | 1,894,900 |
| Desuento   |           |
| Monto Neto | 1,894,900 |
| Iva 19%    | 360,031   |
| Total      | 2,254,931 |

Condición de Pago 30 DIAS  
 Plazo de Entrega 30/06/2025  
 Forma de Despacho ESMERALDA #1814 VILLA CHICA CALAMA  
 Documento de Origen MEMO N°025 - MEMO N°027 TD 25  
 Cuenta Presupuestaria 2152204004001001  
 Area de Gestión SIN AREA DE GESTIÓN

*1 spalun*

**AREA DE ADQUISICIONES DEPARTAMENTO DE SALUD**  
 PIA CORTES MALDONADO  
 DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD

**JEFA DEPTO FINANZAS**  
 JANET SORENSEN ANDUEZA  
 JEFA(I) DEPARTAMENTO FINANZAS

**DIRECTOR EJECUTIVO**  
 LUIS VILLASECA SOTO  
 DIRECTOR EJECUTIVO

Rut : 70.954.900-6

Demandante : CCorporación Municipal de Desarrollo Social de Cal

Dirección Demandante :

Unidad de Compra : Corporación Municipal de Desarrollo Social de Cala

Teléfono : 55-2-2554420

Fecha Envío OC. : 13-06-2025 16:57:38

Estado : Aceptada

## ORDEN DE COMPRA N°: 1230848-125-TD25

SEÑOR (ES) : NOVOFARMA SERVICE S A

RUT : 96.945.670-2

NOMBRE ORDEN DE COMPRA : Orden de Compra generada por Trato Directo ID 1230848-26-FTD25

FECHA ENTREGA PRODUCTOS :

DIRECCION DE ENVIO FACTURA : Avenida Bernardo O'Higgins N° 1155 Calama Región de Antofagasta

DIRECCION DE DESPACHO : Esmeralda 1814, Calama Calama Región de Antofagasta

METODO DE DESPACHO : Despachar a Dirección de envío

FORMA DE PAGO : 30 días contra la recepción conforme de la factura

| Código   | Producto                  | Cantidad / Unidad | Especificaciones Comprador                              | Especificaciones Proveedor | Precio Unitario | Descuento | Cargos | Valor Total |
|----------|---------------------------|-------------------|---|----------------------------|-----------------|-----------|--------|-------------|
| 51141808 | Tartrato de zolpidem      | 30 Caja           | ZOLPIDEM 10MG CAJA X 30 COM                             |                            | 14.870,00       | 0,00      | 0,00   | 446.100     |
| 51142235 | Clorhidrato de tramadol   | 5 Caja            | PARACETAMOL 325MG/TRAMADOL 37.5MG CAJA X 1000 COM       |                            | 17.000,00       | 0,00      | 0,00   | 85.000      |
| 51181517 | Clorhidrato de metformina | 10 Caja           | EMPAGLIFLOZINA 12.5 MG/METFORMINA 1000 MG CAJA X 60 COM |                            | 29.250,00       | 0,00      | 0,00   | 292.500     |
| 51181517 | Clorhidrato de metformina | 20 Caja           | EMPAGLIFLOZINA 10 MG CAJA X 30 COM                      |                            | 17.950,00       | 0,00      | 0,00   | 359.000     |
| 51181517 | Clorhidrato de metformina | 10 Caja           | EMPAGLIFLOZINA 12.5 MG/METFORMINA 850MG CAJA X 60 COM   |                            | 28.800,00       | 0,00      | 0,00   | 288.000     |
| 51181601 | Levotiroxina sódica       | 20 Caja           | T4 LEVOTIROXINA 75 MCG CAJA X 50 COM                    |                            | 6.520,00        | 0,00      | 0,00   | 130.400     |
| 51181601 | Levotiroxina sódica       | 20 Caja           | T4 LEVOTIROXINA 50 MCG CAJA X 50 COM                    |                            | 5.800,00        | 0,00      | 0,00   | 116.000     |
| 51181601 | Levotiroxina sódica       | 30 Caja           | T4 LEVOTIROXINA 100MCG CAJA X 50 COM                    |                            | 5.930,00        | 0,00      | 0,00   | 177.900     |

Orden de Compra Si sólo existe un proveedor del bien o servicio. (Monto igual o inferior a 1.000 utm.)

|          |    |           |
|----------|----|-----------|
| Neto     | \$ | 1.894.900 |
| Dcto.    | \$ | 0         |
| Cargos   | \$ | 0         |
| Subtotal | \$ | 1.894.900 |
| 19% IVA  | \$ | 360.031   |
| Total    | \$ | 2.254.931 |

Disponibilidad Presupuestaria: Esta orden de compra cuenta con Certificado de Disponibilidad Presupuestaria (CDP) o Justificación Presupuestaria (revisar en la sección adjuntos)

Fuente Financiamiento: 215.22.04.004.001.001

### Observaciones:

Se requiere la adquisición de Medicamentos con esta empresa por ser único proveedor que cuenta con el abastecimiento de fármacos, para la farmacia comunitaria de Calama, para la continuidad de su servicio.

Plan de Compra (Cod. Proyecto/Cod. Presupuestario): (1230848-17-PC25 / NA)