



MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE

OC

DEPTO. ADMINISTRACION DAS

RUT: 69264700-9

51

DIRECCIÓN: Orozimbo Barbosa 104 Chiguayante

FONO: 2360708 FAX:2369907

viernes, 18 de enero de 2019

|               |  |            |         |
|---------------|--|------------|---------|
| SEÑORES       | GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LIMIT |            |         |
| DIRECCION     | AV ANDRES BELLO 2887                     |            |         |
| R.U.T         | 85025700-0                               | Fono N/T   | Fax N/T |
| CIUDAD        | SANTIAGO                                 |            |         |
| SOLICITADO    | DIRECCION DE SALUD                       | Autorizado |         |
| FINALIDAD     | FARMACOS FARMACIA MUNICIPAL              |            |         |
| PLAZO ENTREGA | 0 Días                                   |            |         |
| PUESTO EN:    | LOCAL PROVEEDOR                          |            |         |
| N.PEDIDO :    |  |            |         |

| CODIGO | CANTIDAD | UNIDAD | ESPECIFICACIONES            | P.UNITARIO | TOTAL   |
|--------|----------|--------|-----------------------------|------------|---------|
|        | 20       |        | AVAMYS SUSP. NASAL 27.5 MCG | 6.000,     | 120.000 |

CONDICIONES GENERALES

- 1.- La Factura deberá ser enviada en triplicado acompañada de esta orden de compra original
- 2.- Esta Orden de Compra, sólo será válida, con los productos y valores antes mencionados.

|       |         |
|-------|---------|
| DESC. |         |
| NETO  | 120.000 |
| IVA   | 22.800  |
| TOTAL | 142.800 |

| COD.PRESUPUESTARIO | DESCRIPCION                                | MONTO DE LA COMPRA |
|--------------------|--|--------------------|
| 2152204004003      | Productos Farmacéuticos Farmacia Municipal | 142.800            |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <br>LUIS PASTORINI GARCÉS<br>DIRECTOR(S) DAS | <br>HUGOLINA SANHUEZA FUENTES<br>JEFA. DPTO. ADM. Y FINANZAS | <br>CAROLINA REYES HERRERA<br>GESTOR DE COMPRAS |
|--|---|--|