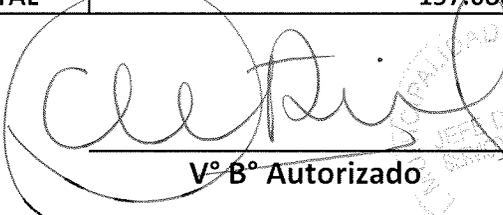


RUT	69.090.200-1	DEMANDANTE : I.MUNICIPALIDAD DE PLACILLA
FECHA	28-11-2018	DEPARTAMENTO DE SALUD
FONO	72-2856209	DIRECCION : ALMIRANTE LATORRE 2229

PROVEEDOR	ETHON PHARMACEUTICALS	CONDICION PAGO 30 DIAS F/F
RUT	76.956.140-4	
DIRECCION		CONSULTAS COMUNICARSE CON MARIAN
CONTACTO		PINOCHET 72-2856209
DESPACHAR A		

N°	CANT.	DESCRIPCION	Valor Unitario	TOTAL
1	60	Fluconazol Inyectable 2 mg/ml	\$ 2.200	\$ 132.000

OBSERVACIONES: Con cargo a Presupuesto Vigente.	NETO	132.000
	IVA	25.080
	TOTAL	157.080


V° B° Autorizado

Condiciones Generales de la Orden de Compra

- 1.- Factur: **ILUSTRA MUNICIPALIDAD DE PLACILLA RUT 69.090.200-1**
DPTO DE SALUD. ALMIRANTE LATORRE N°2229
- 2.- Enviar factura por correo a ALMIRANTE LATORRE N°2229
- 3.- LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD se reserva el derecho de :
 - a) Rechazar total o parcialmente la mercadería si esta no reúne las condiciones pactadas de calidad diseño u otra.
 - b) Anular total o parcialmente la presente orden si el proveedor no cumple con las fechas de entrega acordadas.
- 4.- El número de la orden de compra debe ser destacado en todas las guías y facturas que tengan relación con ella.
- 5.- Los valores de la orden de compra son netos debiendo recargarse los impuestos correspondientes en la factura .
- 6.- No habiendo estipulación en contrario la forma de pago es de 30 días contados desde la fecha de facturación.
- 7.- Despachar materiales con una copia de esta orden de compra.