



ORDEN DE COMPRA N° 4519/2019

Fecha: 27/02/2019 9:56:39

| Datos Proveedor | | | |
|------------------|---|-----------------|-----------------|
| Sres: | FRESENIUS KABI CHILE LTDA. | Rut | 77478120-K |
| Dirección | CARLOS FERNÁNDEZ N° 244, SANTIAGO | Teléfono | (56)(2) 4627062 |
| Contacto | EJECUTIVAS DE LICITACIONES EJECUTIVAS DE LICITACIONES | Fax | 02-4627061 |

| Datos Compra | | | |
|-----------------------|---------------------------|-----------------|------------|
| Generada Por: | Perez Zumaeta Alonso Luis | N° Int: | 213467 |
| Correlativo | 4519/2019 | Tipo OC: | OC Interna |
| Nro Documento: | | | |

| Código | Descripción | Unidad | Cant. | Unitario Neto | Dcto. | Total Neto Item |
|------------|-------------------------|--------|-------|---------------|-------|-----------------|
| 0072706266 | FRESUBIN PROTEIN POWDER | TR | 18 | \$6,500.0000 | | \$117,000 |

Nota: Si la mercadería especificada en esta Orden de Compra no es recibida en la fecha indicada se entenderá anulada la Orden de compra.
Rogamos Indicar en la Guía de Despacho y en la Factura el número de Orden de Compra.

| | |
|-----------------------------|------------|
| SubTotal Neto | \$ 117.000 |
| Recargo Financiero | \$ 0 |
| Descuento Financiero | \$ 0 |
| % Flete | \$ 0 |
| Total Neto | \$ 117.000 |
| 19% IVA | \$ 22.230 |
| Valor Total | \$ 139.230 |

| Datos Facturación | | | |
|--------------------------|---|----------------|------------|
| Nombre: | Hospital de Urgencia Asistencia Pública | Rut: | 61608602-2 |
| Dirección: | Avenida Portugal #125 | Ciudad: | SANTIAGO |

| Datos Entrega | | | |
|----------------------|----------------------------------|------------------------|--|
| Bodega: | BODEGA CENTRAL | Plazo Entrega: | 1 Días |
| Dirección: | Diagonal Paraguay #328, SANTIAGO | Condición Pago: | 50 días contra la recepción conforme de la factura |

SOLICITADO POR: ADQUISICIONES - BC

Notas al Pie: OC menor 3 UTM

DESPACHO Y FACTURACIÓN INMEDIATO

HORARIO ATENCIÓN EN BODEGA CENTRAL: Lunes a Viernes entre 08:00-13:30

VENCIMIENTO SUPERIOR A 12 MESES

Indicar Lote/Serie y fecha de vencimiento en guía o factura

Se procederá al PAGO SOLO si O/C está ACEPTADA.

Entregar Factura en Oficina de Partes del HUAP. Lu-Vi entre 08:45 y 13:30

En el caso de facturas electrónicas o nota de crédito, deben ser enviadas a:
facturas.huap@redsalud.gov.cl;dte_prod_pcent@smtp.suiteelectronica.com