Municipalidad de Santa Cruz
DEPARTAMENTO DE SALUD
PLAZA DE ARMAS N° 242
Fono 2978896

CESFAM

ORDEN DE COMPRA

N° 197

FECHA: 07-07-2016

Señores: **LABORATORIO PASTEUR S.A.** RUT: **85.674.400-7**
Calle: **I. SERRANO** N°: **568** Ciudad: **CONCEPCIÓN**
Fono: **41-2243298**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): INÉS AMALIA GUTIÉRREZ
el pedido que se indica con cargo al Programa Farmacia Municipal Tú Santa Cruz
Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
2	CAJA ALDROX 70 (10 COMPRIMIDIS)	$ 7.966	$ 15.932
6	CAJA DISGREN 100 MG(30 COMPRIMIDOS)	$ 1.649	$ 9.894
1	CAJA D-HISTAPLUS(30 COMPRIMIDOS)	$ 4.263	$ 4.263
2	FISIOLIMP(30 ML SPRAY NASAL)	$ 3.203	$ 6.406
1	CAJA PHOSLO(60 COMPRIMIDOS)	$ 2.350	$ 2.350
2	CAJA VITDE 800	$ 6.825	$ 13.650
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA:		$ -
	PROGRAMA FARMACIA MUNICIPAL TÚ SANTA CRUZ		$ -
		IVA	$ 9.974
		TOTAL	$ 62.469

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL * FINANZAS * SANTA CRUZ VI REGION

FIRMA: LUZ BENAVIDES GONZÁLEZ
ENCARGADA(S) DE FINANZAS

I. MUNICIPALIDAD DE SANTA CRUZ DIRECTOR Dirección de Salud Municipal

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA DE SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Programa Farmacia Municipal
N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.004.001.017
Saldo Presupuestario: $5.235.846.-

SOLICITADO : CLAUDIA MORALES SOTELO
Q.F. FARMACIA MUNICIPAL TÚ SANTA CRUZ