Municipalidad de Santa Cruz
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL
PLAZA DE ARMAS 242
MSVO/MSMC/CPMS/jes
Fono 2978896

ORDEN DE COMPRA

N° 122

FECHA: 02-05-2017

Señores: **DIPROMED S.A.** RUT: **86.397.000-8**

Calle: **PEDRO DE VALDIVIA** N°: **3357** Ciudad: **SANTIAGO**

Fono: **(56-2)24731385**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Johanna Loreto Escobar Saavedra

el pedido que se indica con cargo a Programa Farmacia Municipal

Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
49	BOLSA DRENABLE TRASP. 1 PIEZA ALT, 64 MM	$ 1.733	$ 84.917
			$ -
			$ -
	SEGÚN COTIZACION N° 0413/05		$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
		IVA	$ 16.134
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PROGRAMA FARMACIA MUNICIPAL		$ -
			$ -
			$ -
			$ -
		TOTAL	$ 101.051

FINANZAS MUNICIPAL SANTA CRUZ VI REGION

FIRMA: MAIDA SAN MARTIN CONTRERAS
ENCARGADA DE FINANZAS (S)

I. MUNICIPALIDAD SANTA CRUZ DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL DIRECTOR

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Programa Farmacia Municpal
N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.004.001.017
Saldo Presupuestario: $ 13,735,050.-

SOLICITADO POR : SRA. CLAUDIA PATRICIA MORALES SOTELO
Q.F FARMACIA MUNICIPAL TU SANTA CRUZ