



Municipalidad de Santa Cruz
 Departamento de Salud
 Plaza de Armas N° 242
 Fono 722978896



ORDEN DE COMPRA

N° 278

FECHA: 04-09-2017

Señores: **SEVEN PHARMA CHILE SPA**
 Calle: **TIL TIL ,MODULO SO5 MACUL**
 Fono: **930232**

RUT: **76.437.991.8**
 N°: **2640-2756** Ciudad: **SANTIAGO**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Matias Gonzalez Lopez

el pedido que se indica con cargo a Programa Farmacia Municipal

Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
10	MONTELUKAST 4MG (30 COMPRIMIDOS)	\$ 6.150	\$ 61.500
6	CELOCOXIB 200MG (30 CAPSULAS)	\$ 3.600	\$ 21.600
10	ESOMEPRAZOL 20MG (30 CAPSULAS)	\$ 3.300	\$ 33.000
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	NOTA EXPLICATIVA: Farmacia Municipal	NETO	\$ 116.100
		IVA	\$ 22.059
		TOTAL	\$ 138.159



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




 MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
 DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Formularios y Otros.
 N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.001.001.001
 Saldo Presupuestario: \$20.894.826.-

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

*fol: 2535
 2536.*