



# ORDEN DE COMPRA

N° 311

FECHA: 28-09-2017

Señores: **LABORATORIO CHILE S.A.**  
 Calle: **AVDA. MARATHON**  
 Fono: **3655175\_3655153**

RUT: **77.596.940-7**  
 N°: **1315** Ciudad: **ÑUÑO A**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Oriana Mejías Machuca  
 el pedido que se indica con cargo a Convenio FOFAR  
*Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.*

| CANT. | DETALLE                            | Valor Unit. | TOTAL      |
|-------|------------------------------------|-------------|------------|
| 392   | GLIBENCLAMIDA 5 MG X 60 COMPRIMIDO | \$ 300      | \$ 117.600 |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       |                                    | \$          | -          |
|       | NOTA EXPLICATIVA: CONVENIO FOFAR   |             |            |
|       |                                    |             |            |
|       |                                    |             |            |
|       |                                    | NETO        | \$ 117.600 |
|       |                                    | I.V.A.      | \$ 22.266  |
|       |                                    | TOTAL       | \$ 139.944 |

FIRMA:

DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL  
 SANTA CRUZ VI  
 MAIDA SAN MARTIN CONTRERAS  
 JEFA DE FINANZAS(S)

DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL  
 SANTA CRUZ VI  
 DIRECTOR  
 MARI SOLEDAD VERGARA ORTIZ  
 DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: **Productos Farmaceúticos**  
 N° de cuenta Presupuestaria: **215.22.04.004.001.001.**  
 Saldo Presupuestario: **\$ 104.805.294.-**

SOLICITADO : **CLAUDIA CONTRERAS LETELIER**  
 Q.F. FARMACIA CESFAM SANTA CRUZ