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

CESFAM

ORDEN DE COMPRA

N° 359

FECHA: 25-10-2017

Señores: **LABORATORIO CHILE S.A.** RUT: **77.596.940-7**
Calle: **AVDA. MARATHON** N°: **1315** Ciudad: **ÑUÑOA**
Fono: **3655175_3655153**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Matías González López
el pedido que se indica con cargo a Presupuesto Programa Farmacia Municipal
Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
6	ATORVASTATINA 20MG (30 COMPRIMIDOS)	$ 890	$ 5.340
4	CARVEDILOL 12,5MG (30 COMPRIMIDOS)	$ 870	$ 3.480
2	COLCHINA 0,5MG (40 COMPRIMIDOS)	$ 573	$ 1.146
6	ESCITALOPRAM 10 MG (30 COMPRIMIDOS)	$ 2.650	$ 15.900
6	ESPIRONOLACTONA 25MG (20 COMPRIMIDOS)	$ 450	$ 2.700
6	FLUOXETINA 20MG (20 COMPRIMIDOS)	$ 240	$ 1.440
10	FUROSEMIDA 40MG (12COMPRIMIDOS)	$ 162	$ 1.620
6	HIDRALAZINA 50MG (20 COMPRIMIDOS)	$ 840	$ 5.040
6	LANZOPRAZOL 30MG (30 CÁPSULAS)	$ 695	$ 4.170
4	LORATADINA 10MG (30 COMPRIMIDOS)	$ 270	$ 1.080
6	LOSARTAN 50 MG (30 COMPRIMIDOS)	$ 300	$ 1.800
2	MICOFENOLATO 500MG (50 COMPRIMIDOS)	$ 18.000	$ 36.000
5	SERTRALINA 50MG (30 COMPRIMIDOS)	$ 380	$ 1.900
9	TAMSULOSINA 0,4MG (30 CÁPSULAS)	$ 3.900	$ 35.100
1	TIAMINA 10MG (40 COMPRIMIDOS)	$ 1.210	$ 1.210
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: CON CARGO FARMACIA		$ -
	MUNICIPAL		$ -
		NETO	$ 117.926
		I.V.A.	$ 22.266
		TOTAL	$ 140.332

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL FINANZAS SANTA CRUZ VI REGION

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

I. MUNICIPALIDAD SANTA CRUZ DIRECTOR DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Farmacia Municipal
N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.004.001.017.
Saldo Presupuestario: $ 6.328.711.-

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