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

CESFAM

ORDEN DE COMPRA

N° 443

FECHA: 18-12-2017

Señores: **ITF LABOMED FARMACEUTICA LIMITADA** RUT: **96.884.770-8**
Calle: **AV. CERRO EL PLOMO** N°: **5420** Ciudad: **SANTIAGO**
Fono: **226567804**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): MATIAS GONZALEZ LOPEZ
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
3	FISIOFER BEBIBLE (10 FRASCOS)	$ 11.900	$ 35.700
2	FLECTOR (SOBRES)	$ 5.170	$ 10.340
2	NATICARE (30 CAPSULAS)	$ 6.260	$ 12.520
4	OLTAN D 40 /12,5MG	$ 6.920	$ 27.680
2	OLTAN 40MG	$ 8.100	$ 16.200
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: con cargo Programa Farmacia Municipal		
		NETO	$ 102.440
		I.V.A.	$ 19.464
		TOTAL	$ 121.904

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL FINANZAS SANTA CRUZ

I. MUNICIPALIDAD DE SANTA CRUZ DIRECTOR Dirección de Salud Municipal

FIRMA: LUZ ALEJANDRA BENAVIDEZ GONZALEZ
ENCARGADA DE FINANZAS (S)

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA DE SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Programa Farmacia Municipal
N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.004001.017
Saldo Presupuestario: $ 6.328.711.-

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