



Municipalidad de Santa Cruz

Departamento de Salud  
Plaza de Armas N° 242  
Fono 722978896

## ORDEN DE COMPRA

N° 174  
FECHA: 18-05-2018

Señores: **GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTIC** RUT: **85.025.700-0**  
Calle: **AV. ANDRES BELLO** N°: **2687** Ciudad: **LAS CONDES**  
Fono: **2 23829199**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Flor Liz Aliaga Gomez  
el pedido que se indica con cargo al Presupuesto de Farmacia Municipal.

*Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.*

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
3	AVAMYS SPRAY NASAL	\$ 6.000	\$ 18.000
3	ESKALIT SR 450 MG	\$ 3.800	\$ 11.400
1	INCRUSE INHALADOR	\$ 16.000	\$ 16.000
4	KEPPRA 1000 * 30 COMPRIMIDOS	\$ 9.300	\$ 37.200
1	NARAMIG 2.5 MG * 14 COMPRIMIDOS	\$ 8.300	\$ 8.300
1	RELVAR 92/22 INHALADOR	\$ 20.700	\$ 20.700
1	VONTROL 25 MG * 30 COMPRIMIDOS	\$ 6.800	\$ 6.800
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	<b>NOTA EXPLICATIVA: Farmacia Municipal</b>	<b>NETO</b>	\$ 118.400
	<b>DESPACHO: Plaza de Armas #242, Santa Cruz</b>	<b>IVA</b>	\$ 22.496
	<b>TOTAL</b>		\$ 140.896

FIRMA:

LUZ ALEJANDRA BENAVIDES GONZALEZ  
ENCARGADA DE FINANZAS



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: \$ 22.899.586.-

SOLICITADO POR : CLAUDIA MORALES SOTELO

Q.F. FARMACIA MUNICIPAL "Tu Santa Cruz"

F 1409156  
1409110