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

CESFAM

ORDEN DE COMPRA

N° 187

FECHA: 31-05-2018

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): Flor Liz Aliaga Gomez
el pedido que se indica con cargo a Presupuesto Farmacia Municipal.
Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
2	ACICLOVIR 400 MG * 35 COMPRIMIDOS	$ 2.200	$ 4.400
10	ATORVASTATINA 10 MG * 30 COMPRIMIDOS	$ 560	$ 5.600
15	ATORVASTATINA 20 MG * 30 COMPRIMIDOS	$ 590	$ 8.850
10	CARBAMAZEPINA 200 MG * 20 COMPRIMIDOS	$ 700	$ 7.000
10	CIPROFLOXACINO 500 MG * 6 COMPRIMIDOS	$ 300	$ 3.000
20	ESCITALOPRAN 10 MG * 30 COMPRIMIDOS	$ 2.500	$ 50.000
2	GEMFIBROZILO 600 MG * 20 COMPRIMIDOS	$ 1.700	$ 3.400
2	HIDRALAZINA 50 MG * 20 COMPRIMIDOS	$ 770	$ 1.540
6	LANZOPRAZOL 30 MG * 30 CAPSULAS	$ 640	$ 3.840
2	LAMOTRIGINA 50 MG * 30 COMPRIMIDOS	$ 2.400	$ 4.800
40	LOSARTAN 50 MG * 30 COMPRIMIDOS	$ 290	$ 11.600
4	METFORMINA 850 MG * 30 COMPRIMIDOS	$ 500	$ 2.000
7	OMEPRAZOL 20 MG * 30 CAPSULAS	$ 490	$ 3.430
6	SERTRALINA 50 MG * 30 COMPRIMIDOS	$ 390	$ 2.340
1	TERBINAFINA 250 MG * 28 COMPRIMIDOS	$ 3.300	$ 3.300
6	TRAMADOL GOTAS	$ 720	$ 4.320
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: FARMACIA MUNICIPAL		$ -
	DESPACHO: PLAZA DE ARMAS #242, SANTA CRUZ.	**NETO**	$ 119.420
		I.V.A.	$ 22.690
		TOTAL	$ 142.110

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL * FINANZAS * SANTA CRUZ VI REGION

FIRMA: LUZ ALEJADRA BENAVIDES GONZALEZ
ENCARGADA DE FINANZAS

I. MUNICIPALIDAD SANTA CRUZ * DIRECTOR * DIRECCIÓN 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: $ 20.752.033.-

SOLICITADO : CLAUDIA MORALES SOTELO