Municipalidad de Santa Cruz
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL
Plaza de Armas #242
Fono 72 2978896

ORDEN DE COMPRA

N° 49

FECHA: 13-02-2018

Señores: **LABORATORIO SYNTHON CHILE LTDA.** RUT: **76.032.097.-8**
Calle: **EL CASTAÑO** N°: **145** Ciudad: **LAMPA**
Fono: **562 24990888**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): DOMINIQUE VALERIA ALIAGA FARÍAS
el pedido que se indica con cargo a Farmacia Municipal
Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
10	CELEDOX 200 MG 10 COMPRIMIDOS	$ 1.500	$ 15.000
12	FOLIFER 30 CÁPSULAS	$ 4.600	$ 55.200
2	LEVROX 8 MG 10 COMPRIMIDOS	$ 8.500	$ 17.000
30	SIAFIL 50 MG 3 COMPRIMIDOS	$ 841	$ 25.230
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: con cargo farmacia municipal		$ -
			$ -
			$ -
		NETO	$ 112.430
		IVA	$ 21.362
		TOTAL	$ 133.792

FIRMA:

MAIDA SAN MARTIN CONTRERAS
ENCARGADA DE FINANZAS (S)

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL FINANZAS SANTA CRUZ VI REGION

ELVIRA DEL ROSARIO CASTILLO CASTRO
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL (S)

I. MUNICIPALIDAD DE SANTA CRUZ DIRECTOR Dirección de Salud Municipal

Nombre de Programa PP.TT. : FARMACIA MUNICIPAL
N° de cuenta presuestaria: 215.22.04.004.001.017
Saldo Presupuestario : 51.979.478.-

SOLICITADO POR :CLAUDIA PATRICIA MORALES SOTELO
QUIMICO FARMACEUTICO FARMACIA MUNICIPAL