



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

ORDEN DE COMPRA

N° 97
 FECHA: 23-03-2018

Señores: **LABORATORIO SYNTHON CHILE LTDA.**
 Calle: **EL CASTAÑO**
 Fono: **562 24990888**

RUT: **76.032.097.-8**
 N°: **145** Ciudad: **LAMPA**

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


ORIANA MEJIAS MACHUCA

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
19	CELEDOX 200 MG 10 COMPRIMIDOS	\$ 1.500	\$ 28.500
6	FOLIFER 30 CÁPSULAS	\$ 4.600	\$ 27.600
6	FOLIFER 60 CÁPSULAS	\$ 9.000	\$ 54.000
10	SIAFIL 50 MG 3 COMPRIMIDOS	\$ 841	\$ 8.410
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	NOTA EXPLICATIVA: con cargo farmacia municipal		\$ -
			\$ -
		NETO	\$ 118.510
		IVA	\$ 22.517
		TOTAL	\$ 141.027



FIRMA: 
 ALEJANDRA BENAVIDES GONZALEZ
 ENCARGADA DE FINANZAS




 MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
 DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT. : FARMACIA MUNICIPAL
 N° de cuenta presuestaria: 215.22.04.004.001.017
 Saldo Presupuestario : 41.034.792.-

SOLICITADO POR :CLAUDIA PATRICIA MORALES SOTELO
 QUIMICO FARMACEUTICO FARMACIA MUNICIPAL