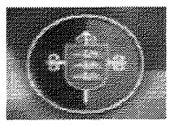

Municipalidad de Santa Cruz
DEPARTAMENTO DE SALUD
PLAZA DE ARMAS N° 242
Fono 2978896

CESFAM

ORDEN DE COMPRA

N° 208

FECHA: 19-08-2020

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 Programa Farmacia Municipal Tu Santa Cruz
Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
4	AMITRIPTILINA 25MG * 24 COMPRIMIDOS	$ 570	$ 2.280
12	ATENOLOL 50MG *20 COMPRIMIDOS	$ 250	$ 3.000
20	ATORVASTATINA 10 MG * 30 COMPRIMIDOS	$ 540	$ 10.800
10	AZITROMICINA 500MG * 6 COMPRIMIDOS	$ 800	$ 8.000
20	CARVEDILOL 25MG *30 COMPRIMIDOS	$ 760	$ 15.200
12	CICLOBENZAPRINA 10 MG * 20 COMPRIMIDOS	$ 360	$ 4.320
20	ESPIRONOLACTONA 25 MG * 20COMPRIMIDOS	$ 480	$ 9.600
6	FAMOTIDINA 40MG * 10 COMPRIMIDOS	$ 198	$ 1.188
30	FUROSEMIDA40MG * 12 COMPRIMIDOS	$ 170	$ 5.100
6	GEMFIBROZILO 600MG *20 COMPRIMIDOS	$ 1.850	$ 11.100
12	HIDRALAZINA 50MG * 20 COMPRIMIDOS	$ 800	$ 9.600
20	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG * 20 COMPRIMIDOS	$ 400	$ 8.000
6	LOPERAMIDA 2MG * 6 COMPRIMIDOS	$ 160	$ 960
12	METFORMINA 850MG* 60 COMPRIMIDOS	$ 840	$ 10.080
18	PARACETAMOL 500MG * 16 COMPRIMIDOS	$ 135	$ 2.430
10	PREDNISONA 20MG*20 COMPRIMIDOS	$ 960	$ 9.600
20	SERTRALINA 50MG * 30 COMPRIMIDOS	$ 410	$ 8.200
2	TERBINAFINA 250MG * 28 COMPRIMIDOS	$ 3.600	$ 7.200
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: Programa Farmacia Municipal	**NETO**	$ 126.658
	DESPACHO: Plaza de Armas # 242, Santa Cruz.	**I.V.A.**	$ 24.065
		TOTAL	$ 150.723

FIRMA:

LUZ ALEJANRA 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.

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