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

CESFAM

ORDEN DE COMPRA

N° 98

FECHA: 16-04-2020

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): Johanna Loreto Escobar Saavedra
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
10	AZITROMICINA 500 MG * 6 COMPRIMIDOS	$ 800	$ 8.000
10	CICLOBENZAPRINA 10 MG * 20 COMPRIMIDOS	$ 360	$ 3.600
10	CIPROFLOXACINO 500 MG * 6 COMPRIMIDOS	$ 320	$ 3.200
10	FLUCONAZOL 150MG * 2 COMPRIMIDOS	$ 740	$ 7.400
10	GLIBENCLAMIDA 5MG* 60 COMPRIMIDOS	$ 390	$ 3.900
4	HIDRALAZINA 50MG * 20 COMPRIMIDOS	$ 800	$ 3.200
20	HIDROCLOROTIAZIDA 50MG *20 COMPRIMIDOS	$ 400	$ 8.000
10	MELOXICAM 15 MG * 10 COMPRIMIDOS	$ 330	$ 3.300
14	METFORMINA 850MG * 60 COMPRIMIDOS	$ 840	$ 11.760
10	NAPROXENO 550MG * 10 COMPRIMIDOS	$ 650	$ 6.500
16	OMEPRAZOL 20MG * 30 CAPSULAS	$ 520	$ 8.320
4	PENTOXIFILINA 400MG * 30 COMPRIMIDOS	$ 2.715	$ 10.860
15	PREDINISONA 5MG * 16 COMPRIMIDOS	$ 270	$ 4.050
6	PREDNISONA 20MG * 20 COMPRIMIDOS	$ 960	$ 5.760
10	QUETIAPINA 25MG * 30 COMPRIMIDOS	$ 1.770	$ 17.700
15	SERTRALINA 50MG * 30 COMPRIMIDOS	$ 410	$ 6.150
4	TERBINAFINA 250MG* 28 COMPRIMIDOS	$ 3.600	$ 14.400
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: Programa Farmacia Municipal	**NETO**	$ 126.100
	DESPACHO: Plaza de Armas # 242, Santa Cruz.	**I.V.A.**	$ 23.959
		TOTAL	$ 150.059

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.

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