



**Municipalidad de Santa Cruz**  
 Departamento de Salud  
 Plaza de Armas N° 242  
 Fono 722978896



## ORDEN DE COMPRA


N° **94**  
 FECHA: **03-06-2022**

Señores: **CARIBEAN PHARMA LIMITADA** RUT: **76.830.090-9**  
 Calle: **CALLE LUIS ALBERTO CRUZ** N°: **1165** Ciudad: **RENCA/STGO**  
 Fono: **2-26639300**

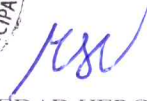
Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Ursula Lorena Peñaloza Acevedo  
 el pedido que se indica con cargo a Programa Farmacia Municipal  
**Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.**

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
30	AMLODIPINO 5MG (30 COMPRIMIDOS)	\$ 426	\$ 12.780
6	AMIODARONA 200MG (20 COMPRIMIDOS)	\$ 2.030	\$ 12.180
31	CELECOXIB 200MG (30 COMPRIMIDOS)	\$ 1.890	\$ 58.590
2	DIONDEL 100 ( 50 COMPRIMIDOS)	\$ 24.998	\$ 49.996
12	HIDRALAZINA 50MG (20 COMPRIMIDOS)	\$ 899	\$ 10.788
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	<b>NOTA EXPLICATIVA: Farmacia Municipal</b>	<b>NETO</b>	\$ 144.334
	<b>DESPACHO: PLAZA DE ARMAS #242, SANTA CRUZ.</b>	<b>IVA</b>	\$ 27.423
		<b>TOTAL</b>	\$ 171.757

FIRMA:

  
 DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL  
 ADQUISICIONES  
 URSULA LORENA PEÑALOZA ACEVEDO  
 ENCARGADA DE ADQUISICIONES



  
 MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ  
 DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Programa Farmacia Municipal .  
 N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.004.001.017 .  
 Saldo Presupuestario : \$97.862.608.-

SOLICITADO POR :CLAUDIA PATRICIA MORALES SOTELO  
 Q.F. FARMACIA MUNICIPAL TU SANTA CRUZ  
 REFERENCIA : MEMO N° 88