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

ORDEN DE COMPRA

N° 190
FECHA: 04-06-2018

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): Flor Liz Aliaga Gomez
el pedido que se indica con cargo a Farmacia Municipal
Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
6	CELEDOX 200 MG 30 COMPRIMIDOS	$ 3.835	$ 23.010
4	FOLIFER * 60 CAPSULAS	$ 8.955	$ 35.820
28	SIAFIL 50 MG * 3 COMPRIMIDOS	$ 698	$ 19.544
10	SULIX 0.4 * 60 CAPSULAS	$ 4.140	$ 41.400
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: Farmacia Municipal		$ -
	DESPACHO: Plaza de Armas #242, Santa Cruz.		$ -
		NETO	$ 119.774
		IVA	$ 22.757
		TOTAL	$ 142.531

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL * FINANZAS * SANTA CRUZ VI REGION

F[illegible]IA: LUZ ALEJANDRA BENAVIDES GONZALEZ
ENCARGADA DE FINANZAS

I. MUNICIPALIDAD DE SANTA CRUZ * DIRECTOR * Dirección de Salud Municipal

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 : 17.129.586.-

SOLICITADO POR :CLAUDIA PATRICIA MORALES SOTELO
QUIMICO FARMACEUTICO FARMACIA MUNICIPAL

F: 68045 - 68086