



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



ORDEN DE COMPRA

N° **304**
 FECHA: **17-08-2018**

Señores: **LABORATORIO CHILE S.A.**
 Calle: **AVDA. MARATHON**
 Fono: **3655175_3655153**

RUT: **77.596.940-7**
 N°: **1315** Ciudad: **ÑUÑO A**

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

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
10	ATENOLOL 50MG * 20 COMPRIMIDOS	\$ 225	\$ 2.250
20	CARBAMAZEPINA 200 MG * 20 COMPRIMIDOS	\$ 700	\$ 14.000
12	CARVEDILOL 12,5 MG * 30 COMPRIMIDOS	\$ 860	\$ 10.320
10	CLONAZEPAN 2MG * 30 COMPRIMIDOS	\$ 965	\$ 9.650
15	ESCITALOPRAN 10 MG * 30 COMPRIMIDOS	\$ 2.500	\$ 37.500
12	ESPIRONALACTONA 25 MG * 20 COMPRIMIDOS	\$ 465	\$ 5.580
1	GEMFIBROZILO 600 MG * 20 COMPRIMIDOS	\$ 1.700	\$ 1.700
2	HIDRALAZINA 50 MG * 20 COMPRIMIDOS	\$ 770	\$ 1.540
4	LAMOTRIGINA 50 MG * 30 COMPRIMIDOS	\$ 2.400	\$ 9.600
20	LANZOPRAZOL 30MG * 30 CAPSULAS	\$ 640	\$ 12.800
4	METFORMINA 850 MG * 30 COMPRIMIDOS	\$ 500	\$ 2.000
10	OMEPRAZOL 20 MG * 30 CAPSULAS	\$ 490	\$ 4.900
6	PREDNISONA 5MG * 20 COMPRIMIDOS	\$ 280	\$ 1.680
6	SERTRALINA 50 MG * 30 COMPRIMIDOS	\$ 370	\$ 2.220
3	TIAMINA 10 MG * 40 COMPRIMIDOS	\$ 1.350	\$ 4.050
		\$	-
		\$	-
		\$	-
		\$	-
		\$	-
		\$	-
		\$	-
		\$	-
		\$	-
		\$	-
		\$	-
NOTA EXPLICATIVA: FARMACIA MUNICIPAL		NETO	\$ 119.790
DESPACHO: PLAZA DE ARMAS #242, SANTA CRUZ.		I.V.A.	\$ 22.760
		TOTAL	\$ 142.550

FIRMA:
 LUZ ALEJANDRA BENAVIDES GONZALEZ
 ENCARGADA DE FINANZAS

DIRECTORIA SALUD MUNICIPAL
 NORA INEDEL VARGADA ORTIZ
 DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa P.P.T.T.: **Farmacia Municipal**
 N° de cuenta Presupuestaria: **215.22.04.004.001.017**
 Saldo Presupuestario: **\$ 2.602.441.-**

SOLICITADO : **CLAUDIA MORALES SOTELO**
 QUIMICO FARMACÉUTICO FARMACIA MUNICIPAL