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

ORDEN DE COMPRA

N° 309

FECHA: 18-10-2019

Señores: **SERV SALUD HOSP STA CRUZ** RUT: **61602148-6**

Calle: **AV. ERRAZURIZ** N°: **921** Ciudad: **SANTA CRUZ**

Fono: **72-2332253**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): María Victoria Caballieri Huenchullan

el pedido que se indica con cargo a Convenio Sar

Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
100	CLORPROMAZINA CLORHIDRATO 25MG/2ML.AMPOLLA 2ML SOLU-	$ 81	$ 8.092
	CION INYECTABLE.		
100	HALOPERIDOL CLORHIDRATO 5MG/ML.AMPOLLA 1 ML SOLUCION	$ 89	$ 8.925
	INYECTABLE.		$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: CONVENIO SAR		$ -
	Dirección: Diego Portales # 625, Santa Cruz		$ -
		TOTAL	$ 17.017

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL * FINANZAS * SANTA CRUZ VI REGION

FIRMA: LUZ ALEJANDRA BENAVIDES GONZALEZ
ENCARGADA DE FINANZAS

I. MUNICIPALIDAD SANTA CRUZ * DIRECTOR * DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT. : Productos Farmacéuticos.
N° de cuenta presupuestaria: 215.22.04.004.001.001
Saldo Presupuestario : $ 128.649.747.-

SOLICITADO POR : Lina Arias Mapura
ENFERMERA ENCARGADA SAR