



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



## ORDEN DE COMPRA

N° 74  
FECHA: 03-05-2021

Señores: **FARMACEUTICA CARIBEAN 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): María Victoria Caballieri Huenchullan  
el pedido que se indica con cargo a Programa Farmacia Municipal  
*Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.*

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
2	ACTIGERON (30 COMPRIMIDOS)	\$ 13.500	\$ 27.000
5	AMIODARONA 200MG (20 COMPRIMIDOS)	\$ 2.030	\$ 10.150
4	GLAUCOTENSIL ( SOL. OFTALMICA )	\$ 7.900	\$ 31.600
4	GLAUCOTENSIL T (SOL. OFTALMICA)	\$ 7.840	\$ 31.360
8	SULIX 0.4MG (30 CAPSULAS)	\$ 3.700	\$ 29.600
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	<b>NOTA EXPLICATIVA: Farmacia Municipal</b>	<b>NETO</b>	\$ 129.710
	<b>DESPACHO: PLAZA DE ARMAS #242, SANTA CRUZ.</b>	<b>IVA</b>	\$ 24.645
		<b>TOTAL</b>	\$ 154.355



FIRMA: LORENA PENALLOZA ACEVEDO  
ENCARGADA DE ADQUISICIONES



FIRMA: MARIASOLELAD 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 : \$ 75.365.486.--

SOLICITADO POR :CLAUDIA PATRICIA MORALES SOTELO  
Q.F. FARMACIA MUNICIPAL TU SANTA CRUZ  
REFERENCIA : MEMO N° 84