

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

## ORDEN DE COMPRA

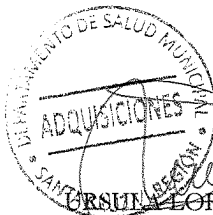
N° 164

FECHA: 24-08-2022

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): **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
30	AMLODIPINO 5MG *30 COMPRIMIDOS	\$ 426	\$ 12.780
4	BILATEN D 16/12.5MG *30 COMPRIMIDOS	\$ 8.863	\$ 35.452
23	ESPIRONOLACTONA 25MG * 20 COMPRIMIDOS	\$ 750	\$ 17.250
12	FAMOTIDINA 40MG *10 COMPRIMIDOS	\$ 316	\$ 3.792
9	FLUNARIZINA 5MG *30 COMPRIMIDOS	\$ 1.726	\$ 15.534
12	LATANOPROST *SOL OFTALMICA	\$ 2.031	\$ 24.372
65	LOSARTAN 50MG *30 COMPRIMIDOS	\$ 599	\$ 38.935
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	<b>NOTA EXPLICATIVA: Farmacia Municipal</b>	<b>NETO</b>	\$ 148.115
	<b>DESPACHO: PLAZA DE ARMAS #242, SANTA CRUZ.</b>	<b>IVA</b>	\$ 28.142
		<b>TOTAL</b>	\$ 176.257



FIRMA: **URSULA LORENA PENALOZA ACEVEDO**  
 ENCARGADA DE ADQUISICIONES DSM



FIRMA: **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 : \$ 35.299.953.-

SOLICITADO POR :CLAUDIA PATRICIA MORALES SOTELO  
 Q.F. FARMACIA MUNICIPAL TU SANTA CRUZ  
 REFERENCIA : MEMO N° 139/