MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE OC

RUT: 69264700-9

DIRECCIÓN: OROZIMBO BARBOSA 104 PARQUE LOS CASTAÑOS

FONO: 2508100

FAX:2508138

miércoles, 21 de diciembre de 2016

Fax N/T

HCHN

454

CENTRAL ABAST.DEL SIS.NACIONAL SALUD SEÑORES

DIRECCION

AV JOSE DOMINGO CAÑAS 2681

R.U.T

61608700-2

CIUDAD

SANTIAGO

DIDECO

Autorizado

Medicamentos para farmacia municipal, convenio CENABAST, solicitado por opi 377, encargado Javier Fuentes, LISTADO N°3

Fono 5569061

PLAZO ENTREGA 3 Días

PUESTO EN:

SOLICITADO

FINALIDAD

LOCAL PROVEEDOR

N.PEDIDO

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	P.UNITARIO	TOTAL
	6		AMITRIPTILINA 25 MG	848,	5.088
	36		CICLOBENZAPRINA 10 MG	296,81	10.685
	12		COLCHICINA 0.5 MG CJ 40 CM	551,17	6.614
	50		LOPERAMIDA 2 MG	101,76	5.088
	12		FLUOXETINA 20 MG	233,17	2.798
	30		PROPRANOLOL 10 MG	148,4	4.452
	9		CINARIZINA 75 MG	678,44	6.106
			(1913).		,
			± _a √ ^a		
			r r r x		
					1
			4.1		
			· / 34 04 (31) [31]		
	9				

CONDICIONES GENERALES

1.- La Factura deberá ser enviada en triplicado acompañada de esta orden de compra original

:- Esta Orden de Compra, sólo será válida, con los productos y valores antes mencionados.

DESC.	
NETO	40.83
IVA	7.75
TOTAL	48.58
	_

MONTO DE LA COMPRA **DESCRIPCION** COD.PRESUPUESTARIO 48.589 2152204004 Productos Farmacéuticos



ENCARGADA DE ADQUISICIONES

2 2 DIC 2016

HECTOR CHAVEZ NORIEGA

DIRECTOR DE ADM. Y FINANZAS (S)

^{***} INGRESO DE FACTURA POR OFICINA DE PARTES DE LUN. A VIERNES DE 8:30 A 14:00, DIRECCION OROZIMBO BARBOSA 104, CHIGUAYANTE.*** ***EL MUNICIPIO NO SE HARÁ RESPONSABLE DE EXTRAVIO DE FACTURAS INGRESADAS EN OTRAS DEPENDENCIAS.***