

jueves, 04 de mayo de 2017

SEÑORES	SYNTHON CHILE LIMITADA		
DIRECCION	EL CASTAÑO 1454		
R.U.T	76032097-8	Fono 224990800	Fax N/T
CIUDAD	SANTIAGO		
SOLICITADO	DIDECO	Autorizado	HECTOR CHAVEZ NORIEGA
FINALIDAD	medicamentos para farmacia municipal, convenio CENABAST, solicitado por opi 4123, encargado Javier Fuentes		
PLAZO ENTREGA	0 Días		
PUESTO EN:	FARMACIA MUNICIPAL	DIREC.:MANUEL RODRIGUEZ 300, ESQUINA COCHRANE,	
N.PEDIDO :	4123		

CODIGO	CANTIDAD	UNIDAD	ESPECIFICACIONES	P.UNITARIO	TOTAL
	4	4	ISQUELIUM 4 MG CAJA 200 COMP.	6.000,	24.000
	10	10	FLEET FOSFOSODA ORAL FCO. 45 CB	1.500,	15.000
	15	15	CETERIZINA 10 MG EST. 30 COMP. CB	1.260,	18.900

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	57.900
IVA	11.001
TOTAL	68.901

COD.PRESUPUESTARIO	DESCRIPCION	MONTO DE LA COMPRA
2152204004	Productos Farmacéuticos	68.901


LORENA PARDO CERNA
ENCARGADA DE ADQUISICIONES

I. MUNICIPALIDAD CHIGUAYANTE
UNIDAD DE ADQUISICIONES
08 MAY 2017
RECEPCION


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, DIRECCIÓN OROZIMBO BARBOSA 104, CHIGUAYANTE.***
EL MUNICIPIO NO SE HARÁ RESPONSABLE DE EXTRAVÍO DE FACTURAS INGRESADAS EN OTRAS DEPENDENCIAS.



MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
DIRECCION DE ADMINISTRACION
Y FINANZAS

Nº 004123

O.P.I.

FECHA: 20 de 2017

DIRECCION: Bodega

CODIGO	CANTIDAD	ARTICULO
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia

Nombre del programa: Farmacia Municipal
Decreto Alcaldicio Nº: 46 del 23 de 2017
Nombre encargado programa: Javier Fuentes

MATERIAL DESTINADO A: Farmacia Municipal

Control Adquisiciones: 13 ABR 2017
Fecha: 13 ABR 2017
Hora: 13 ABR 2017
Recepcion: 13 ABR 2017
Vº Bº Encargado Adquisiciones: [Firma]
Correlativo Interno: [Firma]
Director Responsable: [Firma]



MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
DIRECCION DE ADMINISTRACION
Y FINANZAS

Nº 004130

O.P.I.

FECHA: 31 de 2017

DIRECCION: Bodega

CODIGO	CANTIDAD	ARTICULO
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia

Nombre del programa: Farmacia Municipal
Decreto Alcaldicio Nº: 46 del 23 de 2017
Nombre encargado programa: Javier Fuentes

MATERIAL DESTINADO A: Farmacia Municipal

Control Adquisiciones: 13 ABR 2017
Fecha: 13 ABR 2017
Hora: 13 ABR 2017
Recepcion: 13 ABR 2017
Vº Bº Encargado Adquisiciones: [Firma]
Correlativo Interno: [Firma]
Director Responsable: [Firma]



MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
DIRECCION DE ADMINISTRACION
Y FINANZAS

Nº 004123

O.P.I.

FECHA: 20 de 2017

DIRECCION: Bodega

CODIGO	CANTIDAD	ARTICULO
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia

Nombre del programa: Farmacia Municipal
Decreto Alcaldicio Nº: 46 del 23 de 2017
Nombre encargado programa: Javier Fuentes

MATERIAL DESTINADO A: Farmacia Municipal

Control Adquisiciones: 13 ABR 2017
Fecha: 13 ABR 2017
Hora: 13 ABR 2017
Recepcion: 13 ABR 2017
Vº Bº Encargado Adquisiciones: [Firma]
Correlativo Interno: [Firma]
Director Responsable: [Firma]



MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
DIRECCION DE ADMINISTRACION
Y FINANZAS

Nº 004130

O.P.I.

FECHA: 31 de 2017

DIRECCION: Bodega

CODIGO	CANTIDAD	ARTICULO
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia
010	1	Compa. medicamento insumos de farmacia

Nombre del programa: Farmacia Municipal
Decreto Alcaldicio Nº: 46 del 23 de 2017
Nombre encargado programa: Javier Fuentes

MATERIAL DESTINADO A: Farmacia Municipal

Control Adquisiciones: 13 ABR 2017
Fecha: 13 ABR 2017
Hora: 13 ABR 2017
Recepcion: 13 ABR 2017
Vº Bº Encargado Adquisiciones: [Firma]
Correlativo Interno: [Firma]
Director Responsable: [Firma]

REGABALINA 75 MG CM/CP BUSTER	5000	1400	600	60	\$ 36,000	\$ 42,840	\$ 2,220	\$ 45,360
VETIBACTAM 1000 MG CM REC	5000	300	300	167	\$ 50,100	\$ 59,619	\$ 3,507	\$ 63,126
AMOXICILINA 100 MG CM/CM REC/MAST/MSPE	5000	360	360	40	\$ 14,400	\$ 17,136	\$ 1,008	\$ 18,144
ELAZEDRISOLINA 100 MG CM REC	5000	750	750	70	\$ 52,500	\$ 62,475	\$ 3,675	\$ 66,150
ELAZEDRISOLINA 100 MG CM REC	5000	100	98	-	-	-	-	\$ 19,350
ELAZEDRISOLINA 100 MG CM REC	5000	300	300	130	\$ 40,040	\$ 47,948	\$ 2,803	\$ 50,450
UCOSAMINIA/CONDROITINA 750/600MG CM	5000	500	500	1	\$ 1	\$ 1	\$ 1	\$ 1
TRIOG CONI 0.675 MG CM/CM REC /GG	5000	300	300	91	\$ 3,600	\$ 64,140	\$ 3,600	\$ 68,350
FLUTAMIDOL 100 MG CM REC	5000	900	900	11	\$ 110	\$ 10,710	\$ 630	\$ 11,340
FLUTAMIDOL 100 MG CM REC	5000	1400	448	129	\$ 57,792	\$ 68,772	\$ 4,085	\$ 72,818
FLUTAMIDOL 100 MG CM REC	5000	450	450	42	\$ 18,900	\$ 22,491	\$ 1,323	\$ 23,814
PRODIGREL 75 MG CM REC	5000	900	900	91	\$ 81,900	\$ 97,461	\$ 5,733	\$ 103,194
TRIOZOL 2.5 MG CM/CM REC	5000	90	90	165	\$ 14,850	\$ 17,672	\$ 1,040	\$ 18,711
SARTAN/HIDROCLOR 100/75 MG CM REC	5000	450	0	1	\$ 1	\$ 1	\$ 1	\$ 1
UPRANTINO 150 MG CM/CM REC/BUERTO	5000	500	500	49	\$ 24,500	\$ 29,155	\$ 1,715	\$ 30,870
FEDIPINO 30 MG CM REC/BU PROLONG	5000	450	0	1	\$ 1	\$ 1	\$ 1	\$ 1
IRTAZAPINA 30 MG CM REC	5000	150	0	87	\$ 3	\$ 3	\$ 3	\$ 3
CHOLINUS 1 MG CP BUSTER	5000	240	0	800	\$ 5	\$ 5	\$ 5	\$ 5
AGUTINAM/METFORMINA 50/850MG CM REC	5000	750	0	1	\$ 1	\$ 1	\$ 1	\$ 1
AGUTINAM/METFORMINA 4 MG CM	5000	800	800	30	\$ 24,000	\$ 28,560	\$ 1,680	\$ 30,240
DERA HELIX JBE 33MG/AML FRA100 A 120ML	5000	10	0	1	\$ 1	\$ 1	\$ 1	\$ 1
LECDIB 200 MG CP	5000	450	0	309	\$ 5	\$ 5	\$ 5	\$ 5
IPPIAZOL 15 MG CM	5000	1900	1900	575	\$ 72,000	\$ 89,560	\$ 22,440	\$ 108,740
IPPIAZOL 15 MG CM	5000	450	0	1	\$ 1	\$ 1	\$ 1	\$ 1
IPPIAZOL 15 MG CM	5000	5000	5000	24	\$ 240	\$ 3,097,232	\$ 1,190	\$ 3,279,422

[illegible]

Lorena Pardo Cerna
Encargada de Adquisiciones
Municipalidad de Chiguayante
Fonos: 2508138-2508187
Celular: +569 57191981

N° Factura	Monto
448106	\$ 27.668
447919	\$ 69.615
447901	\$ 38.675
779799	\$ 44.268
274	\$ 59.619
1675799	\$ 62.475
573966	\$ 20.075
573959	\$ 4.106
573928	\$ 42.697
45808	\$ 68.901
2733	\$ 11.929
39693	\$ 17.136
416042	\$ 17.136
2890	\$ 73.637
2827	\$ 68.772

\$ 626.709

03 ABR 2017

MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
MUNICIPALIDAD

Fecha : 20/04/2017
Página : 1
Usuario :
Ult Modif:



Pre-Obligación Presupuestaria

Tipo/Número: 5 / 112

Fecha: 25/01/2017

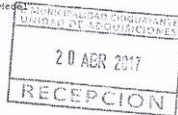
Glosa: FARMACIA POPULAR 2017

Rut/Nombre:

Preob./Oblig.:

Cuenta	Sub. Prog.	C. Costo	Total	Pre. Vigente	Obl. Acum.	Sal. Presup.	PreObligado	Sal. Dispon.
2152104004001								
4 Programas Social	040200		1.333.340	394.933.633	82.756.014	272.177.819	167.322.233	104.855.586
2152204004								
4 Programas Social	040200		4.000.000	22.027.550	13.664.367	8.363.187	6.828.292	1.534.695
TOTALES:			5.333.340					

EMITIDO POR: Gabriel Hodel



MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE
MUNICIPALIDAD

Fecha : 22/03/2017
Página : 1
Usuario :
Ult Modif:



Pre-Obligación Presupuestaria

Tipo/Número: 5 / 285

Fecha: 25/03/2017

Glosa: pedido marzo

Rut/Nombre:

Preob./Oblig.:

Cuenta	Sub. Prog.	C. Costo	Total	Pre. Vigente	Obl. Acum.	Sal. Presup.	PreObligado	Sal. Dispon.
2152204004								
4 Programas Social	049900		5.000.000	22.027.550	13.664.367	8.363.187	6.879.973	1.483.210
TOTALES:			5.000.000					

EMITIDO POR: Marlene: Miguel Aranda

AUTORIZADO POR



Obligación Presupuestaria

Tipo/Número: 8 / 142

Fecha: 04/05/2017

Glosa: medicamentos para farmacia municipal, convenio CENABAST

Rut/Nombre: 76.032.097 - 8 / SYNTHON CHILE LIMITADA

Preob./Oblig.: 5 285

Cuenta					
Sub. Prog.	C. Costo	Total	PreObligado	Obl. Acum.	Sal.PreObl.
2152204004	Productos Farmacéuticos				
4 Programas Sociales	049900	68.901	5.000.000	3.495.275	1.504.725
TOTALES:		68.901			

EMITIDO POR Paulay : Maria Paula Valderrama

