

miércoles, 27 de septiembre de 2017

|               |                                                                                                               |                                        |         |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------|
| SEÑORES       | FARMACEUTICA CYNTHIA QUILODRAN R. E.I.R.L.                                                                    |                                        |         |
| DIRECCION     | BELGICA, LOCAL 1 1431                                                                                         |                                        |         |
| R.U.T         | 85547200-7                                                                                                    | Fono 2410595                           | Fax N/T |
| CIUDAD        | CONCEPCIÓN                                                                                                    |                                        |         |
| SOLICITADO    | DIDECO                                                                                                        | Autorizado SONIA SALDIAS VASQUEZ       |         |
| FINALIDAD     | ADQUISICION DE MEDICAMENTOS, OPI 3699, ASISTENCIA SOCIAL, FICHA SOCIAL N°938-17, SOLICITADO POR CYNTHIA BOERO |                                        |         |
| PLAZO ENTREGA | 0 Días                                                                                                        |                                        |         |
| PUESTO EN:    | BOD. DIDECO                                                                                                   | DIREC.:CALLE COCHRANE 253, CHIGUAYANTE |         |
| N.PEDIDO :    | 3699                                                                                                          |                                        |         |

| CODIGO | CANTIDAD | UNIDAD | ESPECIFICACIONES                   | P.UNITARIO | TOTAL  |
|--------|----------|--------|------------------------------------|------------|--------|
|        | 1        |        | CAJA EUTIROX 25MG X 50 COMPRIMIDOS | 7.000,     | 7.000  |
|        | 1        |        | BETAMETAZONA CREMA 15 GRS          | 1.000,     | 1.000  |
|        | 1        |        | EMEZOL 20 MG 30 COMPRIMIDOS        | 8.563,     | 8.563  |
|        | 1        |        | DOCIVIN 10 MG 30 COMPRIMIDOS       | 3.101,     | 3.101  |
|        | 1        |        | FERRANEN 30 COMPRIMIDOS            | 10.000,    | 10.000 |

|                                                                                             |       |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| CONDICIONES GENERALES                                                                       | DESC. |        |
| 1.- La Factura deberá ser enviada en triplicado acompañada de esta orden de compra original | NETO  | 29.664 |
| 2.- Esta Orden de Compra, sólo será válida, con los productos y valores antes mencionados.  | IVA   | 5.636  |
|                                                                                             | TOTAL | 35.300 |

| COD.PRESUPUESTARIO | DESCRIPCION                      | MONTO DE LA COMPRA |
|--------------------|----------------------------------|--------------------|
| 2152401007001      | FONDO DE ASISTENC.SOC.EMERGENCIA | 35.300             |



LORENA PARDO CERNA  
ENCARGADA DE ADQUISICIONES



SONIA SALDIAS VASQUEZ  
DIRECTORA DE ADM. Y FINANZAS

\*\*\* 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.\*\*\*



I. MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE  
DIRECCION DE ADMINISTRACION  
Y FINANZAS

Nº 003699

D.A.F.  
FECHA RECIBIDA: 26 SEP 2017  
HORA: 12.09.17

O.P.I.

I. MUNICIPALIDAD CHIGUAYANTE  
UNIDAD DE ADQUISICIONES  
27 SEP 2017  
RECEPCION

FECHA: 12.09.17  
DIRECCION: Deidoro

| CODIGO | CANTIDAD | ARTICULO                    |
|--------|----------|-----------------------------|
|        | 01       | Caja Entiroc 25mg x 50 con. |
|        | 01       | Betametazona Crema 15grs    |
|        | 01       | Paracetamol 20mg x 30 cap.  |
|        | 01       | Doliprin 10 mg. x 30 comp.  |
|        | 01       | Ferraven x 30 cap.          |
|        |          | Caso Social F.S N° 938-17   |



DIRECCION DE DESARROLLO  
COMUNITARIO  
25 SEP 2017  
UPLA

Nombre del programa: Asistencia Social  
Decreto Alcaldicio N°  
Nombre encargado programa: Gutierrez Doro J  
MATERIAL DESTINADO A: Asistencia Social

Control Adquisiciones  
Fecha: 26/9/2017  
Hora:

Correlativo Interno  
Vº Bº Encargado Adquisiciones N° \*  
DIRECTOR DESARROLLO COMUNITARIO  
CHIGUAYANTE  
ADQUISICIONES  
Director Responsable

Rp. Yeny Barriga Oliva

1) Esomeprazol 20 mg caps / hc

Tn: 1 cap o comp al inicio del desayuno

2) Doaperidona comp /

Tn: 1 comp al inicio almuerzo y cena

3) Ferrneca capsulas / hc

Tn: 1 al almuerzo + 2 veks

Fecha: 18/7/2017

Dr. José Miguel Cerna Martín

FONASA: CODIGO 01.01.003 NIVEL 1 - RUT: 78.661.480-5

IMPRESOS MORAN Y CIA. LTDA. FAX 41 2244803 - CONCEP. R.U.T.: 77.686.970-8



FARMACEUTICA CYNTHIA QUILODRAN R. E.I.R.L.

GIRO: FARMACIA Y PERFUMERIA  
RUT: 85.547.200 -7

COTIZACION

CASA MATRIZ:  
Bélgica 1431, LOCAL 1  
FONO: 412312331  
HUALPEN

FECHA: 12 DE SEPTIEMBRE DEL 2017  
NOMBRE: MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE  
DIRECCION: OROZIMBO BARBOSA N° 104  
CIUDAD: CHIGUAYANTE  
RUT: 69.264.700 - 9  
AT: SR. CYNTHIA BOERO

SUCURSALES:

FARMACIA CRUZ VERDE  
AV. SAN JUAN BOSCO 2119  
FONOS: 412312331

FARMACIA CRUZ VERDE  
COLON 7948, LOCAL 1 Y 2  
FONO: 2433465

| CANTIDAD | DESCRIPCIÓN                | VALOR UNITARIO NETO | TOTAL NETO |
|----------|----------------------------|---------------------|------------|
| 1        | EUTIROX 25 MG. X 50 COM.   | \$ 7.000            | \$ 7.000   |
| 1        | BETAMETASONA CREMA 15 GRS. | \$ 1.000            | \$ 1.000   |
| 1        | EMEZOL 20 MG. X 30 CAP.    | \$ 8.563            | \$ 8.563   |
| 1        | DOCIVIN 10 MG. X 30 CAP.   | \$ 3.101            | \$ 3.101   |
| 1        | FERRANEN X 30 CAPSULAS     | \$ 10.000           | \$ 10.000  |
|          |                            |                     |            |
|          |                            |                     |            |
|          |                            |                     |            |
|          |                            |                     |            |
|          |                            | NETO                | \$ 29.664  |
|          | VALIDEZ COTIZACION 15 DIAS | IVA                 | \$ 5.636   |
|          |                            | TOTAL               | \$ 35.300  |
|          |                            |                     |            |

quilodranycialtda@hotmail.com



Pre-Obligación Presupuestaria

Tipo/Número: 5 / 1144  
Fecha: 26/09/2017  
Glosa: medicamentos para fs n°938-17 opi 3699  
Rut/Nombre:  
Preob./Oblig.:

| Cuenta             |                                  |        |              |            |              |             |             |  |
|--------------------|----------------------------------|--------|--------------|------------|--------------|-------------|-------------|--|
| Sub. Prog.         | C. Costo                         | Total  | Pre. Vigente | Obl. Acum. | Sal. Presup. | PreObligado | Sal.Dispon. |  |
| 2152401007001      | FONDO DE ASISTENC.SOC.EMERGENCIA |        |              |            |              |             |             |  |
| 4 Programas Social | 040100                           | 35.300 | 108.010.204  | 77.348.835 | 30.661.369   | 26.887.547  | 3.773.822   |  |
| TOTALES:           |                                  | 35.300 |              |            |              |             |             |  |

EMITIDO POR maraneda : Miguel Araneda



AUTORIZADO POR



Obligación Presupuestaria

Tipo/Número: 8 / 313  
Fecha: 27/09/2017  
Glosa: ADQUISICION DE MEDICAMENTOS, OPI 3699, ASISTENCIA SOCIAL, FICHA SOCIAL  
Rut/Nombre: 85.547.200 - 7 / FARMACEUTICA CYNTHIA QUILODRAN R. E.I.R.L.  
Preob./Oblig.: 5 1144

| Cuenta               |                                  |        |             |            |             |  |
|----------------------|----------------------------------|--------|-------------|------------|-------------|--|
| Sub. Prog.           | C. Costo                         | Total  | PreObligado | Obl. Acum. | Sal.PreObl. |  |
| 2152401007001        | FONDO DE ASISTENC.SOC.EMERGENCIA |        |             |            |             |  |
| 4 Programas Sociales | 040100                           | 35.300 | 35.300      | 35.300     | 0           |  |
| TOTALES:             |                                  | 35.300 |             |            |             |  |

EMITIDO POR carlaa : Carla Armijo

