



## ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE ANGOL

**DEPARTAMENTO DE SALUD**  
R.U.T.: 69.180.100-4 · PEDRO AGUIRRE CERDA 509  
FONO: 45271 6086  
ANGOL

## *IX Región de la Araucanía*

## ORDEN DE COMPRA N°

卷之三

NRO. DE PEDIDO 20000054  
Angol, 02

NRO. DE OBLIGACION 1999  
marzo de 2017

SR.: (es) : LABORATORIO SANDERSON S.A.  
CARLOS FERNANDEZ 244 SANTIAGO  
091546000-3

**FONO FAX:** 5561068 - 5441432

**Unidad Solicitante** DIRECCION DE SALUD, AREA TECNICA, UNIDAD DE FARMACIA  
**Conforme a lo solicitado anteriormente, sírvase entregar al portador lo siguiente:**

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	ESPECIFICACION	VALOR	
			UNITARIO	TOTAL
C-CAJAS	1.00	CAJAS MAGNESIO SULFATO AMP 25% X 100 UND.	11,662	11,662
-DOPAMIN	1.00	DOPAMINA AMP 200 MG/5ML CAJA X 20 UND.	5,998	5,998
-VERAPAM	3.00	VERAPAMIL 5 MG/2 ML AM X 5 UND.	2,916	8,747
F-FRASCO	50.00	FRASCO	1,988	99,425
-PROPANO	2.00	SUXAMETONIO (SUCCINILCOLINA) FA 100 MG. PROPANOLOL AMR 1 MG/1ML X 10 UNID.	3,546	7,092

### NOTA:

- NOTA:

  1. Adjudicar el presente documento a la factura como requisito para su cancelación.
  2. La factura debe ser entregada en el Departamento de Adquisiciones.
  3. Factura en Triplicado.

CUENTA PRESUPUESTARIA	VALOR CON I.V.A.
215-22-04-004-001-000	132,923
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>
	132,923



K-RC 38-F 28/02/17  
MARCOS GUINÉD GARCIA  
ENC. FARMACIA  
CUMINI

## ARCHIVO: ADQUISICIONES