Municipalidad de Santa Cruz
Departamento de Salud
Diego Portales Nº 625
Fonofax 822541

CESFAM

ORDEN DE COMPRA

Nº 6

FECHA: 09-01-2017

Señores: **LUZ ELIANA PIÑA TAPIA** RUT: **11.556.646-6**

Calle: **RAMON SANFURGO** Nº: **69-B** Ciudad: **SANTA CRUZ**

Fono: **930232**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): ORIANA MEJIAS MACHUCA

el pedido que se indica con cargo al Presupuesto de Salud 2017

Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
2	CONOS DE PITILLA	$ 10.000	$ 20.000
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PRESUPUESTO DE SALUD		$ -
			$ -
	TOTAL		$ 20.000

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL * SANTA CRUZ * VI REGION FINANZAS

I. MUNICIPALIDAD DE SANTA CRUZ DIRECTOR Dirección de Salud Municipal

FIRMA: MAITAIRAN MARTIN CONTRERAS
ENCARGADA DE FINANZAS(S)

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Formularios y Otros
N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.001.001.001
Saldo Presupuestario: $ 10.000.000.-

SOLICITADO POR :SRA. CLAUDIA DONOSO C.
ENCARGADA BODEGA