



**Municipalidad de Santa Cruz**  
**DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL**  
**PLAZA DE ARMAS 242**  
**Fono 2978896**

## ORDEN DE COMPRA

N° **282**  
 FECHA: **30-09-2019**

Señores: **JAIME FARIAS MUÑOZ**  
 Calle: **RAFAEL CASANOVA**  
 Fono: **(72)2 829366**

RUT: **8.475.955-4**  
 N°: **262** Ciudad: **SANTA CRUZ**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a):  
 el pedido que se indica con cargo a Programa MAIS.  
*Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.*

Johanna Loreto Escobar Saavedra

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
100	HOJAS PARA TERMOLAMINAR OFICIO	\$ 590	\$ 59.000
20	TINTA EPSON L220 NEGRA 664	\$ 1.690	\$ 33.800
20	TINTA EPSON COLORES 664	\$ 1.690	\$ 33.800
8	SACAPUNTAS	\$ 790	\$ 6.320
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
<b>NOTA EXPLICATIVA: PROGRAMA MAIS</b>			\$ -
			\$ -
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 132.920</b>

FIRMA: *[Handwritten Signature]*  
 LUZ ALEJANDRA BENAVIDES GONZALEZ  
 CARGADA DE FINANZAS

*[Handwritten Signature]*  
 MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ  
 DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Programa MAIS  
 N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.001.001.001  
 Saldo Presupuestario: \$ 7.767.073.-

Solicitado por: Elvira del Rosario Castillo Castro  
 Directora de Salud Rural