Municipalidad de Santa Cruz
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL
PLAZA DE ARMAS #242
Fono72-2978896

# ORDEN DE COMPRA

N° 19

FECHA: 23-01-2020

Señores: **X-RAY PROTECCION RADIOLOGICA LTDA.** RUT: **77.031.210-8**

Calle: **SAN ANTONIO OF.403** N°: **50** Ciudad: **SANTIAGO**

Fono: **2-26382724**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Oriana Mejías Machuca

el pedido que se indica con cargo a Convenio SAR

***Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.***

| CANT. | DETALLE | Valor Unit. | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 8 | CONTROLES DE DOSIMETRIA FILMICA PARA FUNCIONARIOS | $ 10.000 | $ 80.000 |
| | POR EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE 2020 | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | **NOTA EXPLICATIVA:** CONVENIO SAR | | $ - |
| | | **TOTAL** | $ 80.000 |
| | | **I.V.A.** | $ 15.200 |
| | | **TOTAL** | **$ 95.200** |

**FIRMA:** LUZ ALEJANDRA BENAVIDES GONZALEZ
ENCARGADA FINANZAS DSM

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

**Nombre de Programa PP.TT.: Otros**
**N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.11.999.001.002**
**Saldo Presupuestario: $ 3.841.432.-**

**SOLICITADO POR: ELIZABEH MORAGA MORAGA**
**ENFERMERA SAR**