Municipalidad de Santa Cruz
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL
CALLE CABELLO 250
Fonofax 822541

Nula

ORDEN DE COMPRA

N° 349

FECHA: 30-12-2014

Señores: RUT:

Calle: N°: Ciudad:

Fono:

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

el pedido que se indica con cargo a

Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA:		$ -
			$ -
			$ -
	TOTAL		$ -

FIRMA:

MAIDA SAN MARTIN CONTRERAS
ENCARGADA DE FINANZAS(S)

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

CONDICIONES

SOLICITADO POR :