



Municipalidad de Santa Cruz

Departamento de Salud  
Plaza de Armas N° 242  
Fono 2978896



Factura 47

# ORDEN DE COMPRA

N° 353

FECHA: 31-12-2014

Señores: **JAIME GRACIA VASQUEZ**

RUT: **12.415.143-0**

Calle: **RAFAEL CASANOVA**

N°: **446-B**

Ciudad: **SANTA CRUZ**

Fono: **2822149**

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

el pedido que se indica con cargo a convenio adición de Recursos convenio Rehabilitación integral

*Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.*

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
10	TINTAS	\$ 12.900	\$ 129.000
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	NOTA EXPLICATIVA: convenio adición de Recursos convenio		\$ -
	Rehabilitación integral		\$ -
		<b>TOTAL</b>	<b>129000</b>



FIRMA:

*[Signature]*  
**MAIDA SAN MARTIN CONTRERAS**  
ENCARGADA DE FINANZAS(S)



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

CONDICIONES: convenio adición de Recursos convenio Rehabilitación integral

SOLICITADO POR :SR. JULIO CABALLERO M.  
JEFE CCR