



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

7.52399.

## ORDEN DE COMPRA

N° 204  
 FECHA: 14-09-2015

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

RUT: **8.475.955-4**  
 N°:

Ciudad: **SANTA CRUZ**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): ORIANA MEJIAS MACHUCA  
 el pedido que se indica con cargo a convenio Salud Familiar  
**Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.**

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
11	FRASCO TINTA MAGENTA	\$ 2.150	\$ 23.650
11	FRASCO TINTA CYAN	\$ 2.150	\$ 23.650
11	FRASCO TINTA YELLOW	\$ 2.150	\$ 23.650
11	FRASCO TINTA BLACK	\$ 2.150	\$ 23.650
1	PENDRIVE 16 GB	\$ 10.990	\$ 10.990
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	<b>NOTA EXPLICATIVA: SALUD FAMILIAR</b>		\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	<b>TOTAL</b>		\$ 105.590



FIRMA:

LETICIA MUÑOZ PARRAGUEZ  
 ENCARGADA DE FINANZAS



MARIA ISABEL LOBOS DONOSO  
 DIRECTORA SALUD MUNICIPAL(S)

CONDICIONES: SALUD FAMILIAR

SOLICITADO POR : SRA. MARIA ISABEL LOBOS DONOSO  
 ENCARGADA DE GESTION

SOLICITADO POR : SRA. ELVIRA CASTILLO CASTRO  
 DIRECTORA POSTAS DE SALUD RURAL