Municipalidad de Santa Cruz
Departamento de Salud
Diego Portales N° 625
Fonofax 822541

CESFAM

ORDEN DE COMPRA

Guía: 15825.

N° 107

FECHA: 05-06-2015

Señores: **FARMACIA ALLIENDE** RUT: **99.536.560-K**
Calle: **RAFAEL CASANOVA** N°: **135** Ciudad: **SANTA CRUZ**
Fono: **(72) 822434**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): ORIANA MEJIAS MACHUCA
el pedido que se indica con cargo a Presupuesto de Salud 2015
Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
100	CAJAS DE BAJALENGUAS	1.200	$ 120.000
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PRESUPUESTO DE SALUD		
	TOTAL		$ 120.000

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL * FINANZAS * SANTA CRUZ

FIRMA: LETICIA MUÑOZ PARRAGUEZ
ENCARGADA DE FINANZAS

I. MUNICIPALIDAD DE SANTA CRUZ * DIRECTOR * Dirección de Salud Municipal

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

CONDICIONE: PRESUPUESTO DE SALUD

SOLICITADO : SRA. MARTA FIERRO CABELLO
ENCARGADA GESTION(S)