



Municipalidad de Santa Cruz

Departamento de Salud
Plaza de Armas # 242
Fono 72 2978896



ORDEN DE COMPRA

N° **141**

FECHA: **13-05-2016**

Señores: **LUZ ELIANA PIÑA TAPIA**

RUT: **11.556.646-6**

Calle: **RAMON SANFURGO**

N°: **69-B**

Ciudad: **SANTA CRUZ**

Fono: **930232**

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

el pedido que se indica con cargo a convenio Chile Crece contigo

Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
100	VASOS PLUMAVIT	\$ 40	\$ 4.000
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	NOTA EXPLICATIVA: CHILE CRECE CONTIGO		\$ -
			\$ -
	TOTAL		\$ 4.000



FIRMA:

CATALINA MUÑOZ PARRAGUEZ
ENCARGADA DE FINANZAS



ELISABETH CASTILLO CASTRO
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL(S)

CONDICIONES: CHILE CRECE CONTIGO

SOLICITADO POR :CATALINA BELTRAN VALLEJOS
ENCARGDA PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO(S)