Municipalidad de Santa Cruz
Departamento de Salud
Plaza de Armas # 242
Fono 72 2978896

CESFAM

# ORDEN DE COMPRA

N° 69

FECHA: 01-04-2016

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 Presupuesto de Salud 2016

***Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.***

| CANT. | DETALLE | Valor Unit. | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 4 | PAQUETE DE PLATOS | $ 1.100 | $ 4.400 |
| 5 | PACK VASOS PLUMAVIT X 25 UNIDADES | $ 960 | $ 4.800 |
| 4 | PAQUETE SERVILLETAS | $ 650 | $ 2.600 |
| 4 | PAQUETE DE CUCHARAS X 20 UNIDADES | $ 400 | $ 1.600 |
| 3 | PACK VASOS PLASTICO X 50 UNIDADES | $ 1.200 | $ 3.600 |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | **NOTA EXPLICATIVA:** PRESUPUESTO DE SALUD | | $ - |
| | | | $ - |
| | **TOTAL** | | $ 17.000 |

DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL * FINANZAS * SANTA CRUZ VI REGION

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

**FIRMA:** LETICIA MUÑOZ PARRAGUEZ
ENCARGADA DE FINANZAS

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

**CONDICIONES: PRESUPUESTO DE SALUD**

**SOLICITADO POR :SRA. ELVIRA CASTILLO CASTRO**
**DIRECTORA SALUD RURAL**