Municipalidad de Santa Cruz
DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL
CALLE CABELLO 250
Fonofax 822541

ORDEN DE COMPRA

N° 10

FECHA: 18-01-2017

Señores: **SOLD - GAS** RUT: **7.053.523-8**

Calle: **AV. ERRÁZURIZ** Nº: **562** Ciudad: **SANTA CRUZ**

Fono: **2829198**

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

el pedido que se indica con cargo a Presupuesto de Salud 2017

Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
5	CARGA CILINDRO OXIGENO TIPO E	$ 7.000	$ 35.000
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PRESUPUESTO DE SALUD 2017		$ -
			$ -
			$ -
	TOTAL		$ 35.000

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL FINANZAS

I. MUNICIPALIDAD DE SANTA CRUZ DIRECTOR Dirección de Salud Municipal

FIRMA:

LETICIA MUÑOZ PARRAGUZ
ENCARGADA DE FINANZAS

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Otros
N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.999.001.001
Saldo Presupuestario: $ 4.667.743.-

SOLICITADO POR : ALEJANDRA MENESES D.
DIRECTORA SALUD RURAL (S)

F: 1262