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

ORDEN DE COMPRA

N° 19

FECHA: 25-01-2017

Señores: **CASA ZUÑIGA** RUT: **85.985.700-0**

Calle: **RAFAEL CASANOVA** N°: **66** Ciudad: **SANTA CRUZ**

Fono: **72 2320660**

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
1	ASPIRADORA	$ 51.990	$ 51.990
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PRESUPUESTO DE SALUD		$ -
			$ -
			$ -
			$ -
		TOTAL	$ 51.990

FIRMA: LETICIA MUÑOZ PARRAGUEZ
ENCARGADA DE FINANZAS

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Equipos Menores
N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.013.001.001
Saldo Presupuestario: $ 497.438.-

SOLICITADO POR : ELVIRA CASTILLO CASTRO
DIRECTORA SALUD RURAL

F: 8105.-