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

CESFAM

ORDEN DE COMPRA

N° 281

FECHA: 06-09-2017

Señores: **PRODUCCION GRAFICA ESTAMPADOS Y E** RUT: **16.770.962-1**
Calle: **CLAUDIO CANCINO /3° PISO** N°: **17** Ciudad: **SANTA CRUZ**
Fono: **72 2823902**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Oriana Mejías Machuca
el pedido que se indica con cargo al Convenio Programa de Modelo Atención Integral de Salud Familiar
Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
1	PENDON ROLLER	$ 40.000	$ 40.000
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: CONVENIO PROGRAMA DE MODELO ATENCION		$ -
	INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA APS 2017		
		TOTAL NETO	**$ 40.000**
		I.V.A.	**$ 7.600**
		TOTAL	**$ 47.600**

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL FINANZAS SANTA CRUZ VI REGION

I. MUNICIPALIDAD SANTA CRUZ DIRECTOR DIRECCIÓN DE SALUD MUNICIPAL

FIRMA: MAIDA SAN MARTIN CONTRERAS
JEFE DE FINANZAS (S)

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Otros
N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.07.999.001.001
Saldo Presupuestario: 4.726.410.-

SOLICITADO POR : ELVIRA CASTILLO CASTRO
DIRECTORA SALUD RURAL