Municipalidad de Santa Cruz
Departamento de Salud
Plaza de Armas N° 242
Fono 2978896

CESFAM

ORDEN DE COMPRA

N° 334

FECHA: 13-10-2017

Señores: **M-DENT** RUT: **85.025.400-1**

Calle: **Exequiel Fernandez** N°: **2841** Ciudad: **Macul**

Fono: **02-27958900**

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

el pedido que se indica con cargo a Presupuesto de Salud

Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
1	PIEZA DE MANO SCALER	$ 82.361	$ 82.361
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PRESUPUESTO DE SALUD		$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
		NETO	$ 82.361
		I.V.A.	$ 15.649
		TOTAL	$ 98.010

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL FINANZAS SANTA CRUZ VI REGION

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

I. MUNICIPALIDAD DE SANTA CRUZ DIRECTOR Dirección de Salud Municipal

MARTA ISABEL FIERRO CABELLO
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL(S)

Nombre de Programa PP.TT.: Programa Odontológico
N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.005.001.009
Saldo Presupuestario: $ 3.434.170.-

SOLICITADO POR : DRA. CAROLINA PINTO CESPEDES
ENCARGADA PROGRAMA ODONTOLOGICO