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

# ORDEN DE COMPRA

N° 375

FECHA: 07-11-2017

Señores: **MARÍA DE LA CRUZ VERDUGO BARRAZA** RUT: **9.522.053-3**

Calle: **JOSE TORIBIO MEDINA** N°: **110** Ciudad: **SANTA CRUZ**

Fono: **72-2821576**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Oriana Mejías 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 | REPARTIDOR TRIFASICO | $ 11.590 | $ 11.590 |
| 2 | METRO THHN N° 8 | $ 800 | $ 1.600 |
| 1 | PROBADOR DE CORRIENTE | $ 1.500 | $ 1.500 |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | **NOTA EXPLICATIVA: PRESUPUESTO DE SALUD 2017** | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | TOTAL | $ 14.690 |

FIRMA:

MAIDA SAN MARTIN CONTRERAS
ENCARGADA DE FINANZAS(S)

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

**Nombre de Programa PP.TT.: Materiales para mantención y reparación**
**N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.010.001.001.-**
**Saldo Presupuestario: $ 10.014.990._**

**SOLICITADO POR: VÍCTOR DÍAZ CATALÁN**
**ENCARGADO DE SERVICIOS GENERALES**

F: 3644