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

ORDEN DE COMPRA

N° 435

FECHA: 13-11-2018

Señores: **LIBRERÍA EL CASTILLO** RUT: **77.307.460-7**
Calle: **RAFAEL CASANOVA** N°: **245** Ciudad: **SANTA CRUZ**
Fono: **2823494**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Oriana Mejías Machuca
el pedido que se indica con cargo al Programa HPV 2
Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
3200	FOTOCOPIAS ENCUESTA (CUESTIONARIO PARA PADRES Y	$ 40	$ 128.000
	APODERADOS		$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: HABILIDADES PARA LA VIDA II		$ -
			$ -
		TOTAL	$ 128.000

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL * FINANZAS * SANTA CRUZ VI REGION

FIRMA: LUZ ALEJANDRA BENAVIDES GONZALEZ
ENCARGADA DE FINANZAS

I. MUNICIPALIDAD SANTA CRUZ * DIRECTOR * DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Servicios de impresión
N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.07.002.001.001
Saldo presupuestario: 1.004.434.-

SOLICITADO: MARIA ISABEL ALCAINO POBLETE
COORDINADORA HPV I Y II.