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

CESFAM
CENTRO DE SALUD FAMILIAR I. MUNICIPALIDAD DE SANTA CRUZ

ORDEN DE COMPRA

N° 497

FECHA: 17-12-2018

Señores: **DISTRIBUIDORA MULTIHOGAR SA** RUT: **96.589.040-8**
Calle: **RAFAEL CASANOVA** N°: **457** Ciudad: **SANTA CRUZ**
Fono: **72 2573553**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Oriana Mejías Machuca

el pedido que se indica con cargo a Programa de apoyo a la gestión a nivel local en APS
Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
1	MALETA VENECIA HEAD	$ 49.990	$ 49.990
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
			$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PROGRAMA DE APOYO A LA GESTION		$ -
	A NIVEL LOCAL EN APS		$ -
			$ -
		TOTAL	$ 49.990

FIRMA:

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL * FINANZAS * SANTA CRUZ VIII REGION

LUZ ALEJANDRA BENAVIDES GONZÁLEZ
ENCARGADA DE FINANZAS

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

MARTA ISABEL FIERRO CABELLO
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL(S)

Nombre de Programa PP.TT.: Otros
N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.999.001.001.
Saldo Presupuestario: $ 423.213.-

SOLICITADO POR : YOLANDA CARRASCO SUAZO
ENCARGADA PROGRAMA DE LA INFANCIA ADOLESCENTE