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

CESFAM

# ORDEN DE COMPRA

N° 85

FECHA: 16-03-2018

Señores: **AMADA MUÑOZ GONZÁLEZ** RUT: **7.251.245-6**

Calle: **RAFAEL CASANOVA** N°: **445** Ciudad: **SANTA CRUZ**

Fono: **209100**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): DOMINIQUE VALERIA ALIAGA FARÍAS

el pedido que se indica con cargo a programa chile crece contigo

***Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.***

| CANT. | DETALLE | Valor Unit. | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 20 | JUGOS DE 1 LITRO DISTINTOS SABORES | $ 630 | $ 12.605 |
| 30 | PAQUETES DE GALLETAS AVENA CON FRUTAS O FUTOS SECOS | $ 418 | $ 12.555 |
| 6 | NUECES | $ 916 | $ 5.496 |
| 6 | ALMENDRAS | $ 916 | $ 5.496 |
| 3 | MANI | $ 655 | $ 1.966 |
| 5 | PASAS | $ 739 | $ 3.697 |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | **NOTA EXPLICATIVA**: Con cargo a programa chile crece contigo | | |
| | | **NETO** | $ 41.815 |
| | | **IVA** | $ 7.945 |
| | | **TOTAL** | $ 49.760 |

**FIRMA:**

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL * FINANZAS * SANTA CRUZ

LUZ ALEJANDRA BENAVIDES GONZÁLEZ
ENCARGADA DE FINANZAS

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

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

**Nombre de Programa PP.TT.: Chile Crece Contigo**
**N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.01.001.001.017.**
**Saldo Presupuestario: $ 50.000**

**SOLICITADO POR : ALEJANDRA ALCAÍNO POBLETE**
**ENCARGADA DE PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO**