**Municipalidad de Santa Cruz**
**Departamento de Salud**
**Plaza de Armas N° 242**
**Fono 72-2978896**

CESFAM

# ORDEN DE COMPRA

**N°** 129

**FECHA:** **15-05-2019**

**Señores:** **FARMACIA ALLIENDE** RUT: **99.536.560-K**
**Calle:** **RAFAEL CASANOVA** **N°: 135** **Ciudad: SANTA CRUZ**
**Fono:** **(72) 822434**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Flor Liz Aliaga Gomez
el pedido que se indica con cargo al Presupuesto de Salud 2019.
***Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.***

| CANT. | DETALLE | Valor Unit. | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 80 | CORTA UÑAS GRANDE TRIM | $ 1.400 | $ 112.000 |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | **NOTA EXPLICATIVA:** PRESUPUESTO DE SALUD 2019. | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | **TOTAL** | | $ 112.000 |

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL FINANZAS SANTA CRUZ

**FIRMA:** 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.: OTROS**
**N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.999.001.001**
**Saldo Presupuestario: $ 10.628.405.-**

**SOLICITADO : KLGO. JULIO CABALLERO MUNIZAGA**
**JEFE UNIDAD KINESIOLOGIA Y CCR**