



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

ORDEN DE COMPRA

N° **249**

FECHA: **09-12-2021**

Señores: **SOC. COM. DE IMPORT Y EXPORT. LTDA**

RUT: **78.144.460-k**

Calle: **MANUEL MONTT**

N°: **30**

Ciudad: **SANTIAGO**

Fono: **(562)22350459**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Johanna Loreto Escobar Saavedra

el pedido que se indica con cargo al Convenio Rehabilitación CCR.

Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
2	SET VENTOSAS CAJA BLANCA	\$ 15.900	\$ 31.800
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	NOTA EXPLICATIVA: CONVENIO REHABILITACIÓN CCR		\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	TOTAL		\$ 31.800

FIRMA:


 LORENA PEÑA LOZA ACEVEDO
 ENCARGADA DE ADQUISICIONES


 MARIASOLE DAVID VERGARA ORTIZ
 DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: **Materiales y útiles quirurgicos**

N° de cuenta Presupuestaria: **215.22.04.005.001.001**

Saldo Presupuestario: **\$182.702.247.-**

SOLICITADO POR : **JULIO CABALLERO MUNIZAGA**
 JEFE UNIDAD KINESIOLOGIA Y REHABILITACION
 MEMO N° 23