



Municipalidad de Santa Cruz
 DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL
 CALLE CABELLO 250
 Fonofax 822541

ORDEN DE COMPRA

N° 10
 FECHA: 09-01-2018

Señores: **X-RAY PROTECCION RADIOLOGICA LTDA.**
 Calle: **SAN ANTONIO OF.403**
 Fono: **2-26382724**

RUT: **77.031.210-8**
 N°: **50**

Ciudad: **SANTIAGO CENTRAL**

Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Flor Liz Aliaga Gomez

el pedido que se indica con cargo a Presupuesto de Salud 2018,
Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.

CANT.	DETALLE	Valor Unit.	TOTAL
2	CONTROLES PERIODO ENERO A MARZO 2018	\$ 10.000	\$ 20.000
2	CONTROLES PERIODO ABRIL A JUNIO 2018	\$ 10.000	\$ 20.000
2	CONTROLES PERIODO JULIO A SEPTIEMBRE 2018	\$ 10.000	\$ 20.000
2	CONTROLES PERIODO OCTUBRE A DICIEMBRE 2018	\$ 10.000	\$ 20.000
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
			\$ -
	SEGÚN COTIZACIÓN N°3005/018		\$ -
			\$ -
			\$ -
	NOTA EXPLICATIVA: PRESUPUESTO DE SALUD 2018		\$ -
		TOTAL	\$ 80.000
		I.V.A.	\$ 15.200
		TOTAL	\$ 95.200



FIRMA: LUZ ALEJANDRA BENAVIDES GONZALEZ
 ENCARGADA FINANZAS DSM



MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
 DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

Nombre de Programa PP.TT.: Otros
 N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.11.999.001.002
 Saldo Presupuestario: \$ 2.000.000.-

SOLICITADO POR: CATALINA BELTRAN VALLEJOS
 D.T. CECOSF PANIAHUE