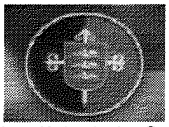

**Municipalidad de Santa Cruz**
**DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL**
**PLAZA DE ARMAS 242**
**Fono 2978896**

# ORDEN DE COMPRA

**N°** 319

**FECHA:** 24-10-2019

**Señores:** **LIBRERÍA EL CASTILLO** RUT: **77.307.460-7**
**Calle:** **RAFAEL CASANOVA** **N°: 245** **Ciudad: SANTA CRUZ**
**Fono:** **2823494**
Solicito entregar al portador de la presente, Sr(a): Johanna Escobar Saavedra
el pedido que se indica con cargo al Convenio SAR .
***Municipalidad de Santa Cruz - 69.090.600-7.***

| CANT. | DETALLE | Valor Unit. | TOTAL |
|---|---|---|---|
| 5 | TIMBRE REDONDO S/530 AUT. 3 CMS | $ 18.500 | $ 92.500 |
| 1 | TIMBRE REDONDO S/542 AUT. 4 CMS | $ 23.000 | $ 23.000 |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | | | $ - |
| | **NOTA EXPLICATIVA: CONVENIO SAR** | | $ - |
| | **Despacho Diego Portales 625, Santa Cruz .** | | $ - |
| | | | $ - |
| | | **TOTAL** | $ 115.500 |

DIRECCION DE SALUD MUNICIPAL * FINANZAS * SANTA CRUZ VI REGION

**FIRMA:** LUZ ALEJANDRA BENAVIDES GONZALEZ
ENCARGADA DE FINANZAS

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

MARIA SOLEDAD VERGARA ORTIZ
DIRECTORA SALUD MUNICIPAL

**Nombre de Programa PP.TT.: Formularios y Otros**
**N° de cuenta Presupuestaria: 215.22.04.001.001.001.**
**Saldo Presupuestario:$ 7.693.593.-**

**Solicitado por : LUZ BENAVIDES GONZALEZ**
**ENCARGADA DE FINANZAS**