

DE : ASESOR TECNICO DEPARTAMENTO DE SALUD  
SR. MAURICIO VARGAS ROJAS

A : DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD  
SRA. XIMENA VELÁSQUEZ ARANCIBIA

1. Mediante el presente solicito a usted tenga a bien autorizar la siguiente compra:

| ARTÍCULO                        | CANTIDAD |
|---------------------------------|----------|
| Lápiz pasta azul                | 351      |
| Lápiz pasta rojo                | 200      |
| Archivador plastificado         | 52       |
| Clips metálicos 28mm, 100 un    | 30       |
| Clips mágicos, 50 un            | 30       |
| Separador Carta                 | 32       |
| Separador tape flags (adhesivo) | 30       |
| Destacador                      | 30       |
| Nota adhesiva 100 hojas         | 30       |
| Resma carta                     | 130      |
| Resma oficio                    | 50       |
| Goma de borrar                  | 20       |
| Corchetes                       | 30       |

2. Se adjunta 3 cotizaciones, con selección de proveedor PRINORTE S.A.
3. Lo anterior con cargo a Convenio de Ejecución "Programa de Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes" Resolución Exenta N°1106 del 13 de abril del 2020.
4. Para su conocimiento y visto bueno, si corresponde.

Agradeciendo su gestión,

MAURICIO VARGAS ROJAS  
ASESOR TÉCNICO DEPARTAMENTO SALUD

XVA/MVR/mvr.  
Distribución:  
- La indicada  
- Archivo.

