**A : DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD
SRTA. EDITH GALLEGUILLOS LEDEZMA**

**DE : ASESOR TÉCNICO
SRTA. CAROLINA PÉREZ FLORES**

1. Mediante el presente solicito a usted, tenga bien autorizar la adquisición de los siguientes insumos:
 - 1 Kit de turno modulo
2. Lo anterior con cargo "Convenio de Ejecución Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria" RES. Exenta N°1683 con fecha 19 de abril del 2021. Correspondiente a CESFAM Enrique Montt.
3. Sin otro particular, para su conocimiento y fines pertinentes.

Saluda atentamente.

**V°B° SRTA. EDITH GALLEGUILLOS LEDEZMA
DIRECTORA DEPTO. DE SALUD
COMDES**

**SRTA. CAROLINA PÉREZ FLORES
ASESOR TÉCNICO
DEPTO. DE SALUD COMDES**

DE:	DIRECTOR DEPTO. SALUD
A:	<i>[Signature]</i>
☐	SU CONOCIMIENTO
☒	GESTIONAR LO SOLICITADO
☒	FINES PERTINENTES
☐	APORTAR ANTECEDENTES
☐	ANALIZAR Y EMITIR OPINION
☐	ARCHIVO
☐	CONVESAR CON EL SUSCRITO

EGL/CPF/cpf
Distribución:
- La indicada
- Archivo

[Signature]