

**MEMO N° 99.-**

**CALAMA, 08 de Enero del 2021.-**

**DE : ASESOR TECNICO DEPARTAMENTO DE SALUD**  
**A : DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD**  
**SRA. XIMENA VELÁSQUEZ ARANCIBIA**

1. Mediante el presente solicito a Ud. tenga a bien autorizar de compra de los siguientes productos:

PRODUCTO	CANTIDAD	PROVEEDOR SELECCIONADO
ANESTESIA CON VASOCONSTRICTOR 2%	300	MAYORDENT
COMPOSITE FLUIDO A-1	14	MAYORDENT
COMPOSITE FLUIDO A-2	35	MAYORDENT

2. Adjunto sólo una cotización de proveedor seleccionado, debido a la marca y a que a nivel nacional hay quiebre de stock de insumos dentales por lo que éste proveedor cuenta con stock de lo solicitado para la atención dental de los usuarios de nuestra APS.
3. Lo anterior con cargo a “Programa Odontológico Integral”, Res. 25, firmado el 05 de Mayo del 2020.
4. Para su conocimiento y visto bueno si corresponde.

Saluda atentamente.



**Carolina Osorio León**  
**Asesor Técnico Dirección de Salud**

**XVA/COL/col.-**  
**Distribución:**  
**- La indicada**  
**- Archivo**

