

**DE: A.T. DEPARTAMENTO DE SALUD  
SRTA. PAMELA ALARCÓN RIVERA**

**A : DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD  
SRTA. CAROLINA PAREDES PAREDES**

1. Mediante el presente solicito a usted tenga a bien autorizar el presupuesto de lo siguiente:
  - a. Trabajos varios de mejoramiento dependencias CESFAM Central
2. Se adjunta única cotización de contratista Manuel Almeida Díaz, por la urgencia de mejoras en instalaciones de CESFAM Central.
3. Lo anterior con cago a Subvención Salud.
4. Agradeciendo su atención,

Saluda atentamente.



**V° B° CAROLINA PAREDES PAREDES  
DIRECTORA DEPARTAMENTO  
DE SALUD**



**PAMELA ALARCÓN RIVERA  
ASESOR TÉCNICO DPTO. DE  
DE SALUD**

CPP/PAR/par.-  
Distribución:  
-La indicada  
-Archivo. -

DE: DIRECTORA DEPTO. SALUD
A: <i>Alarcón Rivera</i>
<input type="checkbox"/> SU CONOCIMIENTO
<input checked="" type="checkbox"/> GESTIONAR LO SOLICITADO.
<input type="checkbox"/> FINES PERTINENTES
<input type="checkbox"/> APORTAR ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/> ANALIZAR Y EMITIR OPINION
<input type="checkbox"/> ARCHIVO
<input type="checkbox"/> CONVERSAR CON EL SUSCRITO