

**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. Proyecto Sanitario para CECOSF Oasis, realizado por Alejandro Rojas. Según solicitud de Líder Cecosf Oasis, Rodrigo Acuña Marín en Memo N°418 del 26 de octubre 2023.
2. Se adjunta única cotización por la urgencia de evaluación en el sistema de sanitario Cecosf Oasis.
3. Lo anterior con cago a Subvención salud
4. Agradeciendo su atención,

Saluda atentamente.



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

25 ENE 2024



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

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

DE: DIRECTORA DEPTO. SALUD
A: _____
<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