

Dirección de Administración y Finanzas
AREA SALUD

La Alcaldía ha decretado con esta fecha lo siguiente.

Vistos :

- 1.- El Presupuesto de Ingresos y Gastos aprobados para el presente año.
- 2.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695. Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades.
- 3.- Decreto Exento N° 544 emitido con fecha 07 de abril del año 2009, que delega la facultad de Firmar "Por Orden de la Sra. Alcaldesa" a la Administradora Municipal.

DECRETO

La Dirección de Administración

Y Finanzas, pagara a Don

La cantidad de \$

Por concepto de

Fecha de Pago

: CENTRAL DE ABASTECIMIENTO SNS Rut 061608700-2
: 38,689 TREINTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS
: COMPRA MEDIACMENTOS PARA STOCK DE FARMACIA DEL DEPTO. DE
SALUD MUNICIPAL.
: 30/04/2009

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
FACTURA	1165120	15/04/2009	38,689

Anótese comuníquese y Archívese.

Contabilícese el presente gasto a las cuentas Presupuestarias que se indican.

CÓDIGO CUENTA	DETALLE	DEBE	HABER
215-22-04-004-000-000	Productos Farmacéuticos		38,689
532-04-00-000-000-000	Materiales de Uso o Consumo	38,689	
215-22-04-004-000-000	Productos Farmacéuticos	38,689	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		38,689
Sumas Iguales		77,378	77,378

REFRENDACION

Cuenta	215-22-04-004-000-000			
Presupuesto Vigente	35,000,000			
Comprometido	7,180,837			
Saldo x Comprometer	27,819,163			

SECRETARIA MUNICIPAL

ADMINISTRADORA MUNICIPAL

DIRECTOR DE CONTROL

JEFE SECC. FINANZAS DEPTO. SALUD

DIRECCION DE
CONTROLFINANZAS
Depto. Salud



CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

GIRO: GOBIERNO CENTRAL Y ADMINISTRACION PUBLICA

AVDA. MATTA 644 - CASILLA 21 CORREO 3
TELEFONO MESA CENTRAL: 574 8200
FAX CONTABILIDAD: 574 9900 - FAX OIRS: 574 8377
SANTIAGO - CHILE

R.U.T.: 61.608.700-2

C.O.: 156
C.D.: 256
D.P.: 257

FACTURA

Nº 1165120

S.I.I.B. - SANTIAGO CENTRO

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 Diciembre 2009

R.U.T. CLIENTE		SEÑOR(ES)		1.185.120	
69.181.600-6		MUNIC.PUCON		1.185.120	
		AV.BERNARDO O HIGGINS 483 - PUCON			
CODIGO		CONDICIONES DE VENTA		MERCADERIA PUESTA EN	
69.181.600-6		MUNIC.PUCON		Pedido : 312.553	
30 DIAS		AV.BERNARDO O HIGGINS 483 - PUCON		N. Venta : 439.195	
COD. DEL PRODUCTO		NOMBRE DEL PRODUCTO		CANTIDAD	
		-Guia Despacho :444847 - FEM :14-04-2009 9:06:05		1.0	
		GD-2081617			
				PRECIO UNITARIO	
				32.512.0	
				TOTAL	
				32.512.0	
				TOTAL NETO	
				32.512	
				I.V.A.	
				6.177	
				TOTAL FACTURA	
				38.689	
GLOSA: VENTA POR INTERMEDIACION					
MUNICIPALIDAD FARMACOS 2009					
Son : treinta y ocho mil seiscientos ochenta y nueve					
NOMBRE					
RUT					
FECHA					
RECINTO FIRMA					
El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4º, y la letra c) del Art. 5º de la Ley 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).					
NO RECLAMANDOSE CONTRA EL CONTENIDO DE LA FACTURA DENTRO DE LOS OCHO DIAS SIGUIENTES A LA ENTREGA DE ELLA, SE TENDRA POR IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA					

ORIGINAL - CLIENTE

[illegible]

Son: treinta y ocho mil seiscientos ochenta y nueve

gabriel
04/05/00.



I. MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

DEPTO. DE SALUD
R.U.T.: 69.191.600-6
M. Ansorena 662
Fonos 293130 - 293129 - Fax 441113
PUCÓN

ORDEN DE COMPRA

Nº 2009-00000156

OBLIGACION Nro 156

Pucón, 17 de Abril 2009 .-

SR.(ES) DIRECCION FONO CENTRAL DE ABASTECIMIENTO SNS
AV. MATTÁ 664

R.U.T. Nº 061608700-2
CIUDAD SANTIAGO
FAX

SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR, LO SIGUIENTE:

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	DETALLE	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
FA00164	4.00	CAJAS	ACIDO VALPROICO 250 MG/5ML JARABE	6,180.860	24,723
FA00184	2.00	FRASCOS.	FRASCOS 120ML IBUPROFENO SUSPENSION 100 MG/5	6,982.920	13,966
				SUB-TOTAL	32,512
				RECARGO	0
				SUB-TOTAL	0
				DESCUENTO	0
IMPORTANTE: DEBE INDICAR Nº DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR				SUB-TOTAL	32,512
SOLICITADO POR FARMACIA				19 %	6,177
SOLICITUD DE PEDIDO Nº 00000148				TOTAL	38,689
DESTINADO A MEDIACMENTOS PARA STOCK DE FARMACIA DEL DEPTO. DE SALUD MUNICIPAL					

FORMULARIO CONTINUOS LOS ANGELES LIMITADA (R.U.T.: 78.443.840-6) (BUENOS AIRES 757) (FONO FAX (43) 320489) (LOS ANGELES)



JEFE FINANZAS DEPTO. SALUD



DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL

CUENTA PRESUPUESTARIA 215-22-04-004-000-000 38,689

Pucón
el centro del SUR de CHILE



PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2009-00000148

Nº INTERNO : 000013
SOLICITANTE : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 07-FARMACIA
01-ENCARGADA DE FARMACIA

FECHA : 17.04.2009

DESTINO : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 07-FARMACIA
01-ENCARGADA DE FARMACIA

ITEM	CODIGO	CANT.	U.DE MEDIDA	NOMBRE O DESCRIPCION DEL ITEM	CUENTA	SALDO
1	FA00164	4	CAJAS	ACIDO VALPROICO 250 MG/5ML JARABE FRASCOS 120ML	215-22-04-004-000-000	29690706
2	FA00184	2	FRASCOS.	IBUPROFENO SUSPENSION 100 MG/5	215-22-04-004-000-000	29690706

OBS PEDIDO :
SOLICITA SRTA FABIOLA FIGUERA

JUSTIFICACIÓN:
MEDIACMENTOS PARA STOCK DE FARMACIA DEL DEPTO. DE SALUD MUNICIPAL



Ord 153



**CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA
NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD**

GIRO: ADMINISTRACION PUBLICA

Dirección: Av. Matta N° 644 - Casilla 21, Correo 3

Fax/Contabilidad: 555 33 40 Fax/Oirs: 574 83 77

Teléfono: 574 8200

Santiago, Chile

**GOBIERNO DE CHILE
CENABAST**

R.U.T.: 61.608.700-2

GUIA DE DESPACHO

N° 2081617

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2009

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

SEÑOR(ES)	MUNIC.PUCON	CIUDAD	PUCON	N° PEDIDO ESTABLECIMIENTO	
R.U.T.	69.191.600-6	ZONA	LAUT-PITRUF-GALVA-PERQ-TOLTENG-GALBA-LOM	N° HOJA/BUTA	62.280
DIRECCION	AV.BERNARDO O HIGGINS 483	R.U.T. A FACTURAR	69.191.600-6	LINEA OPERACION	INTERMEDIACION
REGION	NOVENA REGION	PROGRAMA	MUNICIPALIDAD FARMACOS 2009	N° NOTA DE VENTA	439.195
PEDIDO	312.553	FECHA RECEPCION PEDIDO			
FECHA HORA EMISION	14-04-2009	FECHA ENTREGA	01-04-2009		

CODIGO PRODUCTO	DESCRIPCION	NUMERO SERIE	FECHA VENCIMIENTO	MARCA	UNIDAD DE DESPACHO	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	PRECIO UNITARIO
217-0212-000	ACIDO VALPROICO 250 MG/5 ML JARABE FC 120 ML	70040QA	30-11-2011	GENERICO	FC 120 ML	4	4	5.194
217-1312-000	IBUPROFENO SUSPENSION 100 MG/5 ML FC 100 ML	001689	30-01-2011	GENERICO	CJ 25 FC	2	2	5.868
NOMBRE: R.U.T.: FECHA: RECINTO: FIRMA:								
El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4º, y la letra c) del Art. 5º de la Ley 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).								

ORIGINAL: CLIENTE