



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 \$: CENTRAL DE ABASTECIMIENTO SNS Rut 061608700-2

Por concepto de : 4,214 CUATRO MIL DOSCIENTOS CATORCE PESOS

Fecha de Pago : CANCELAR COMPRA DE MEDICAMENTOS PARA STOCK DE FARMACIA

DEL DEPTO. DE SALUD MUNICIPAL

20/05/2009

FACTURA	DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
		1164897	14/04/2009	4,214

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		4,214
532-04-00-000-000-000	Materiales de Uso o Consumo	4,214	
215-22-04-004-000-000	Productos Farmacéuticos	4,214	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		4,214
	Sumas Iguales	8,428	8,428

REFRENDACION

Cuenta	215-22-04-004-000-000	
Presupuesto Vigente		35,000,000
Total Comprobado		8,906,656
Saldo x Comprobar		26,093,344

SECRETARIA MUNICIPAL	ADMINISTRADOR Municipal
DIRECTOR DE CONTROL	Jefe SECC. FINANZAS DEPTO. SALUD
PUCON	PUCON

PUCON
centro del SUR de CHILE

Avda. Bernardo O'Higgins 483 Pucón. Fono: (45) 293000 Fax: 293085 Email: pucon@mumitel.cl



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

**GOBIERNO DE CHILE
CENABAST**

**GIRO: GOBIERNO CENTRAL Y
ADMINISTRACION PUBLICA**
AVDA. MATTIA 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

E.O: 155

E.D: 299

J.D: 296

FACTURA

Nº 1164897

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 Diciembre 2009

R.U.T. CLIENTE	SEÑOR(ES)	CONDICIONES DE VENTA	MERCADERIA PUESTA EN	FECHA FACTURA
69.191.600-6	MUNIC.PUCON			1.164.897
69.191.600-6 30 DIAS	AV.BERNARDO O HIGGINS 483 - PUCON		Pedido : 312.554	14/04/2009
COD. DEL PRODUCTO	NOMBRE DEL PRODUCTO	CANTIDAD	UNID.	PRECIO UNITARIO
Guia Despacho :444701 - FEM :13-04-2009 17:11:16 GD:2081510		1.0		3.541.0
				3.541.0
				TOTAL NETO
				3.541
				I.V.A.
				673
				TOTAL FACTURA
				4.214
GLOSAS: VENTA POR INTERMEDIACION				
20 MUNIC SUEROS 2009				
Son : cuatro mil doscientos catorce				
NOMBRE				
RUT				
FECHA				
RECINTO				
<i>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).</i>				
<i>NO RECLAMANDOSE CONTRA EL CONTENIDO DE LA FACTURA DENTRO DE LOS OCHO DIAS SIGUIENTES A LA ENTREGA DE ELLA, SE TENDRA POR IRRECOVOCABLEMENTE ACEPTADA</i>				
ORIGINAL - CLIENTE				

LA REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

REINA

LA

<p

FACTURA

Nº 1194843

CENTRAL DE SERVICIOS DE SALUD	
ADMINISTRACION PÚBLICA	
CENTRAL DE SERVICIOS DE SALUD	
GIRÓ: GOBERNADOR DE CHILE	
FAX CONSULTORIO: 224.8200 - LÍNEA CIUDAD 321.8283	
SANTAGO - CHILE	
FECHA DE REGISTRO	1001
FECHA DE ENTRADA	18/05/01
FECHA DE SALIDA	Enviado
DEPTO.	SALUD

TOTAL NETO

1001



GRACIAS A VENTA POR INTERMEDIACION

20 MUNIC SUREOS 2000

GRACIAS A VENTA POR INTERMEDIACION

General
19/05/01



I. MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

DEPTO. DE SALUD

R.U.T.: 69.191.600-6

M. Ansorena 662

Fonos 293130 - 293129 - Fax 441113

PUCON

ORDEN DE COMPRA

Nº 2009-00000155

OBLIGACION Nro 155

Pucón, 17 de Abril 2009

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

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
FA000165	1.00	CAJAS	CLORURO DE SODIO 0.9% 500 ML	4,213.790	4,214
				SUB-TOTAL	3,541
				RECARGO	0
				SUB-TOTAL	0
				DESCUENTO	0
IMPORTANTE: DEBE INDICAR Nº DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR				SUB-TOTAL	3,541
SOLICITADO POR FARMACIA				19 %	673
SOLICITUD DE PEDIDO Nº 00000149				TOTAL	4,214
DESTINADO A MEDICAMENTOS PARA STOCK DE FARMACIA DEL DEPTO. DE SALUD MUNICIPAL					

FORMULARIO CONTINUO LOS ANGELES LIMITADA | R.U.T.: 78.443.840-6 | BULNES 757 | FONO/FAX (43) 320489 | LOS ANGELES



JEFE FINANZAS DEPTO. SALUD

CUENTA PRESUPUESTARIA 215-22-04-004-000-000

4,214



DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL

Pucon
 el centro del SUR de CHILE



PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2009-00000149

Nº INTERNO : 000014
SOLICITANTE

DIREC Y ENCARGADOS

: 01-DIRECTOR
: 07-FARMACIA
: 01-ENCARGADA DE FARMACIA

FECHA

: 17.04.2009

DESTINO

DIREC Y ENCARGADOS

: 01-DIRECTOR
: 07-FARMACIA
: 01-ENCARGADA DE FARMACIA

ITEM	CODIGO	CANT.	U.DE MEDIDA	NOMBRE O DESCRIPCION DEL ITEM	CUENTA	SALDO
1	FA00165	1	CAJAS	CLORURO DE SODIO 0.9% 500 ML	215-22-04-004-000-000	29690706

OBS PEDIDO
SOLICITA SRTA FABIOLA FIGUEROA

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



cat 152

