

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° 1069 emitido con fecha 18 de Junio 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

: LABORATORIO RIDER LTDA Rut 076845190-7

: 108,826 CIENTO OCHO MIL OCHOCIENTOS VEINTISEIS PESOS

: CANCELA COMPRA DE INSUMOS PARA PACIENTES POSTRADOS.

: 08/07/2009

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
FACTURA	24180	23/06/2009	108,826

Anótese comuníquese y Archívese.

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

CÓDIGO CUENTA	DETALLE	DEBE	HABER
114-05-14-000-000-000	Programa de Postrados Insumos	108,826	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		108,826
Sumas Iguales		108,826	108,826

REFRENDACION

Cuenta	114-05-14-000-000-000			
Presupuesto Vigente	2,656,299			
Por Comprometer	2,656,299			
Saldo x Comprometer	0			



SECRETARIA MUNICIPAL



ADMINISTRADORA MUNICIPAL



DIRECTOR DE CONTROL



JEFE SECC. FINANZAS DEPTO. SALUD



CH: 5035

Avda. Bernardo O'Higgins 483 Pucón. Fono: (45) 293000

Fax: 293085



Email: pucon@munitel.cl

TRASPASO

Comprobante	117	Fecha	08/07/2009
Rut	076845190-7	Nombre	LABORATORIO RIDER LTDA
Departamento	PROGRAMA	Centro Costo	
Tipo Doc.	FACTURA	Numero Doc.	24180
Glosa	CANCELA COMPRA DE INSUMOS PARA PACIENTES POSTRADOS.		

Banco	BCO. ESTADO SALUD	N° Cheque		Fecha Cheque	/ /
Decreto pago		N° Egreso			

DETALLE DEL COMPROBANTE			
Código Cuenta	Descripción	Debe	Haber
114-05-14-000-000-000	Programa de Postrados Insumos		108,826
214-05-14-000-000-000	Programa de Postrados Insumos	108,826	
Total		108,826	108,826

			
PREPARADO POR	JEFE DE CONTABILIDAD	D.A.F.	CONTROL

LABORATORIOS RIDER LTDA.

FABRICACIÓN DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

PLACER 1348
TELEFONO: 499 0800
www.rider.cl
rider@rider.cl

CASILLA 283 - 3
SANTIAGO CENTRO



R.U.T.: 76.845.190-7

D.P.: 414

C.P.: 414

+ : 107

FACTURA

Nº 0024180

0024180

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2010

SANTIAGO 23 DE Junio DE 2009

SEÑOR(ES): MUNICIPALIDAD PUCON DEPTO DE SALUD

NOMBRE DE FANTASIA:

DIRECCION: ANSORENA 662 PUCON

CIUDAD: PUCON

COMUNA:

R.U.T.: 69.191.600-6

CODIGO: XX

VENDEDOR SR.: Ficticio

TELEFONO: (045) 029 3000

GIRO: INSTITUCION

CODIGO CLIENTE		O. DE COMPRA	NOTA DE VENTA	CONDICIONES DE VENTA				
10447		2009-000231	000020610	04:06:51 p.m.		30 DIAS		
CODIGO	ARTICULO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	% VOLUMEN \$	DESCUENTOS		% FINANCIERO \$	TOTAL
030033	CELULASE UNG 25 GRS	19	\$1,950	0.00	\$0	0.00	\$0	\$37,050
0026	CELULASE NEOMICINA UNG.	17	\$3,200	0.00	\$0	0.00	\$0	\$54,400
	113968(17)							
SON: Ciento ocho mil ochocientos veintiseis pesos								\$91,450
ANSORENA 662 PUCON .PUCON				TOTAL DE DESCUENTOS:				\$0
Las Mercaderías se entienden FOB, Bodega Placer #1348, Santiago. Rogamos pagar con cheque nominativo a nombre de: "LABORATORIOS RIDER LTDA." , borrando las palabras "a la orden de" y "o al portador" Art. 160 del Código del Comercio: "No reclamándose contra el contenido de la Factura dentro de los ocho días siguientes a la entrega de ella se tendrá como irrevocablemente aceptada". Cuentas no pagadas a su estricto vencimiento devengarán el interés máximo.				VALOR NETO \$				\$17,376
REVISOR				% IMPTO. I.V.A.				\$108,826
				TOTAL FACTURA \$				

Nombre:

Fecha:

R.U.T.:

Recinto:

Firma:

CANCELADO R.U.T.: 6.876.830-6 - ABELARDO NÚÑEZ 5271 - TELEFONO: 552 1848 - SAN MIGUEL - STGO.

"El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4° y la letra c) del Art. 5° de la Ley 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)."

ORIGINAL: CLIENTE

R.U.T.: 76.845.190-7
FACTURA
Nº 0024180

LABORATORIOS RIDER LTDA.
FABRICACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

CASILLA 281-3
SANTIAGO CENTRO

PLAZA 1348
TELEFONO: 499 0800
www.rider.cl



S.I.L. - SANTIAGO CENTRO
FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2010

SANTIAGO 23 DE JUNIO DE 2009
SEÑORES: MUNICIPALIDAD PUCON DEPTO DE SALUD
NOMBRE DE FANTASIA:
DIRECCION:
CIUDAD: PUCON COMUNA:
R.U.T.: 69.191.608-6 GIRO: INSTITUCION
TELEFONO: (042) 353 3509
VENDEDOR SR.: FIC: 010

CONDICIONES DE VENTA		NOTA DE VENTA	
CODIGO	ARTICULO	CANTIDAD	VALOR
100003	DELLAGE LMS 25 BBS	10	137,376
100004	DELLAGE MEDICINA LMS	40	158,856
TOTAL			296,232

**MUNICIPALIDAD DE PUCON
DEPARTAMENTO DE SALUD**

Nº DE REGISTRO: 1379
FECHA DE ENTRADA: 06.07.09
FECHA DE SALIDA:
DEPTO.: Salud

MUNICIPALIDAD
DIRECTOR: **TORREGO MALIQUEO**
DEPTO. DE: **DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL**

TOTAL DESCONTOS:	158,856
VALOR NETO:	137,376
IMPORTE I.V.A.:	258,232
TOTAL FACTURA:	296,232

REVISOR:
CANCELADO:
DE:
R.U.T.: 76.845.190-7

ORIGINAL CLIENTE



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 2009-00000231 ✓

OBLIGACION Nro 0

Pucón, 17 de Junio 2009

SR.(ES)
DIRECCION
FONO

LABORATORIO RIDER LTDA
PLACER 1348
4990808

24.180

R.U.T. Nº 076845190-7
CIUDAD SANTIAGO
FAX 5550375

SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR, LO SIGUIENTE:

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	DETALLE	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
FA00056 30057	19.00 17.00	UNIDADES UNIDADES	CELULASE UNGENTO 25 up. \$ 1950 ✓ CELULASE NEOMICINA 15 up. \$ 3200 ✓ (impuesto)	2,320.500 3,888.000	44,090 64,736
				SUB-TOTAL	91,458
				RECARGO	0
				SUB-TOTAL	0
				DESCUENTO	0
				SUB-TOTAL	91,458
				19 %	17,376
				TOTAL	108,824

IMPORTANTE: DEBE INDICAR Nº DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR

SOLICITADO POR ENFERMERA

SOLICITUD DE PEDIDO Nº 00000231

DESTINADO A INSUMOS PARA PACIENTES DEL PROGRAMA POSTRADOS A CARGO DE LA SRA EN



DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL

JEFE FINANZAS DEPTO. SALUD



PEDRO J. ORRIGO MALIQUEO
DIRECTOR
DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL



PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2009-00000221

Nº INTERNO : 000022

FECHA

: 17.06.2009

SOLICITANTE

: 01-DIRECTOR

DIREC Y ENCARGADOS

: 03-ENFERMERA

01-ENCARGADA

DESTINO

: 01-DIRECTOR

DIREC Y ENCARGADOS

: 03-ENFERMERA

01-ENCARGADA

ITEM	CODIGO	CANT.	U.DE MEDIDA	NOMBRE O DESCRIPCION DEL ITEM	CUENTA	SALDO
1	FA00056	19	UNIDADES	CELULASE UNGENTO	114-05-14-000-000-000	0
2	FA00057	17	UNIDADES	CELULASE NEOMICINA	114-05-14-000-000-000	0

OBS PEDIDO :

SOLICITA SRA ENFERMERA

JUSTIFICACIÓN:

INSUMOS PARA PACIENTES DEL PROGRAMA POSTRADOS A CARGO DE LA SRA ENFERMERA DEPTO. SALUD DE PUCON



ORREGO MALIQUEO
DIRECTOR
DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL

Cot 233



RUT 76.845.190-7 PLACER Nº 1348-SANTIAGO
FONO: 4990808 FAX 02-5550375

Señores

MUNICIPALIDAD DE PUCON / Departamento de Salud

At. Srta. Gabriela Román

De nuestra consideración:

De acuerdo a lo solicitado, cotizo lo siguiente:

PRODUCTO	PRESENTACION	PRECIO
CELULASE UNGÜENTO	POMO 25 GRS. (-1) 1.950 ✓	39.000.- + 7410 => 46.410.-
CELULASE UNGÜENTO	POMO 50 GRS.	3.780
CELULASE UNGÜENTO NEOMICINA	POMO 15 GRS. (-3) 3.200	4 64.000.- + 12.160 => 76.160.-

Estos precios son NETOS, no incluyen IVA y son validos x 30 días a contar de esta fecha, siendo su plazo máximo de cancelación a 30 días, se incluye flete.

Monto mínimo de facturación \$50.000 NETO.

=> 122.570.-
//

Saludos Cordiales,

Silvia Flores Toledo
Asistente Ejecutiva TLMK Zona Sur
Chilecompras
Laboratorios Rider Ltda.
4990808

Santiago, JUNIO 2009

Kauin 0.8746742

Aguila 36.493.-
110 376.-

REPORTE DE TRANSMISION

22 JUN. 2009 10:31

SU LOGO : DEPARTAMENTO SALUD
SU NÚMERO DE FAX : 045441113

NO.	OTRO FACSIMIL	HORA DE INICIO	DURACION	MOD0	PAGINAS	RESULTADO
01	18825550375	22 JUN. 10:29	01'53	TRANS	01	OK

APAGAR REPORTE, PRESIONE 'MENU' #04.
SELECCIONE OFF USANDO '+' O '-'.
#