



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

Decreto N°  
Pucón,

414

08/07/2009

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  
: CANCELAR COMPRA DE INSUMOS PARA PACIENTES POSTRADOS.  
: 08/07/2009

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

Anótese comuniqúese 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 Postradados Ínsulos	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		
Total Comprometido	2,656.299		
Saldo x Comprometer	0		



ADMINISTRADOR  
Municipal



JEFE SECC. FINANZAS DEPTO. SALUD



CH: 5035

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

I. MUNICIPALIDAD DE PUCON  
AREA SALUD

Fecha 08/07/2009  
Hora 10:15:59

## 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	CANCELAR COMPRA DE INSUMOS PARA PACIENTES POSTRADOS.		

Banco	BCO. ESTADO SALUD	Nº Cheque	Fecha Cheque	/ /
Decreto pago		Nº 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

MUNICIPALIDAD  
FINANZAS  
★ Depto. Salud ★  
PREPARADO POR

MUNICIPALIDAD  
FINANZAS  
★ Depto. Salud ★  
JEFE DE CONTABILIDAD

D.A.F. CONTROL

# LABORATORIOS RIDER LTDA.

FABRICACION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

RIVAS-SEPULVEDA - R.U.T.: 6.876.830-6 - ABELARDO NUÑEZ 5271 - TELÉFONO: 552 1848 - SAN MIGUEL - IMPRIMIO LOS TEXTOS PILAR ARACELI RIVAS SEPULVEDA

PLACER 1348 TELEFONO: 499 0800 CASILLA 283 - 3 SANTIAGO CENTRO

www.rider.cl rider@rider.cl



R.U.T.: 76.845.190-7

\$ P. 414

E.P. 414

+ : 117

FACTURA

Nº 0024180  
0024180

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2010

RIVA SANTIAGO DA - 23 DE Junio DE 2009

SEÑOR(ES): MUNICIPALIDAD PUCON DEPTO DE SALUD

NOMBRE DE FANTASIA:

VENDEDOR SR.: Ficticio

DIRECCION: ANSORENA 662 PUCON

TELEFONO: (045) 029 3000

CIUDAD: PUCON

COMUNA: NUNEZ 5271 - TEL.R.U.T.: 69.191.600-6

INSTITUCION

CODIGO CLIENTE	O. DE COMPRA	NOTA DE VENTA	CONDICIONES DE VENTA					
I0447	2009-000271	000020610	04:06:51 p.m.	30 DIAS				
CODIGO	ARTICULO	ABELARDO NUÑEZ 5271	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	% VOLUMEN \$	DESCUENTOS	% FINANCIERO \$	TOTAL
030033	CELULASE UNG 25 GRS	19	\$1,950	0.00	\$0	0.00	\$0	\$37,050
1026	124608(19)							
	CELLULASE NEOMICINA UNG.	17	\$3,200	0.00	\$0	0.00	\$0	\$54,400
	113968(17)							
<i>Para depositar en Cta. Cte. Banco de Chile Nº 000-06551-10 e-mail: ctacte@rider.cl</i>								
SON:	Ciento ocho mil ochocientos veintiseis pesos							
ANSORENA 662 PUCON .PUCON								
Las Mercaderias 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.								
REVISOR								
Nombre: Fecha: R.U.T.: 48 - SAN MIGUEL - IMPRIMIO LOS TEXTOS PILAR ARACELI RIVAS SEPULVEDA								
% IMPTO. I.V.A. Recinto: TEXTO PILAR ARACELI RIVAS SEPULVEDA								
TOTAL FACTURA \$								
\$ 17,376								
\$ 108,826								
ORIGINAL: CLIENTE								

"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)"



## DEPARTAMENTO SALUD

NO. DE TEL : 045441113

22 JUN 2009 10:29 P4



## I. MUNICIPALIDAD DE BUCÓN

DEPTO DE SALUD

DEPTO. DE SALUD  
B.U.T.: 69-191-600-6

M. Ansorena 663

M. Alisorena 662  
Fones 293130 - 293129 Fax 411116

• 29912  
PLUGON

## **ORDEN DE COMPRA**

Nº 2009-00000231

OBLIGATION NO. 9

Pucón, 17 de Junio 1900

**SR.(ES)** **DIRECCION** **FONO** LABORATORIO RIDER LTDA  
PLACER 1348  
4220608

R.U.T. N° 07468451-9  
CIUDAD SANTIAGO  
FAX 5550375

**SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR LO SIGUIENTE:**

**IMPORTANTE: DEBE INDICAR N° DE ORDEN DE COMPRA AL FASCIAT**

**SOLICITADO POR**

**SOLICITUD DE PÉDIDO N°**

**DESTINADO A**

INSUMOS PARA PACIENTES DEL PROGRAMA PROSTRANGOLAS Y CÁRCEP DE LA SPA EN

107

190 804

~~SECRETARIA MUNICIPALIDAD DE LIMA~~

A circular stamp with the words "MUNICIPALIDAD DE LA SERENA" around the top edge and "DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HIDRÁULICOS" in the center.

**DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL**



PEDRO J. OREGO MALIQUEO  
DIRECTOR  
DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL



## PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2009-00000221

Nº INTERNO : 000022  
SOLICITANTE : 01-DIRECTOR  
DIREC Y ENCARGADOS : 03-ENFERMERA  
01-ENCARGADA

FECHA : 17.06.2009

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



cat 233



RUT 76.845.190-7 PLACER N° 1348-SANTIAGO  
FONO: 4990808 FAX 02-5550375

**Señores**  
**MUNICIPALIDAD DE PUCON / Departamento de Salud**

**At. Srta. Gabriele Román**

De nuestra consideración:

De acuerdo a lo solicitado, cotizo lo siguiente:

PRODUCTO	PRESENTACION	PRECIO
<b>CELULASE UNGÜENTO</b>	<b>POMO 25 GRS.</b> (-1) 1.950 ✓	$39.000 - + 2410 \Rightarrow 46.410$
<b>CELULASE UNGÜENTO</b>	<b>POMO 50 GRS.</b>	3.780
<b>CELULASE UNGÜENTO NEOMICINA</b>	<b>POMO 15 GRS.</b> (-2) 3.200	$464.000 - + 12.160 \Rightarrow 76.160$

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.

$\Rightarrow 122.570$

Saludos Cordiales,

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

Santiago, JUNIO 2009

Karen 0.8746742

Avenida 36 #93

110 376.

REPORTE DE TRANSMISIÓN

22 JUN. 2009 10:31

SU LOGO : DEPARTAMENTO SALUD  
SU NÚMERO DE FAX : 045441113

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

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