

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

: NOVOFARMA SERVICE S.A. Rut 096945670-2
: 952.000 NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS
: ANTICONCEPTIVOS PARA STOCK DE MATRONA DEL DEPTO. DE SALUD
MUNICIPAL DE PUCÓN
: 13/07/2009

Fecha de Pago

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
FACTURA	156181	07/07/2009	952,000

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		952,000
532-04-00-000-000-000	Materiales de Uso o Consumo	952,000	
215-22-04-004-000-000	Productos Farmacéuticos		952,000
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		
Sumas Iguales		1,904,000	1,904,000

REFRENDACION

Cuenta	215-22-04-004-000-000			
Presupuesto Vigente	28.077.000			
Total Comprometido	13.440.528			
Saldo Comprometido	14.636.472			



SECRETARIA MUNICIPAL

DIRECTOR DE CONTROL



ADMINISTRADORA MUNICIPAL



JEFE SECC. FINANZAS DEPTO. SALUD



I. MUNICIPALIDAD DE PUCON
AREA SALUD

Fecha 13/07/2009
Hora 12:37:36

TRASPASO

Comprobante	138	Fecha	13/07/2009
Rut	077576530-5	Nombre	ALMACENES ELTIT LIMITADA
Departamento	PROGRAMA	Centro Costo	
Tipo Doc.	FACTURA	Numero Doc.	5769
Glosa	CANCELA COMPRA DE UN TELEVISOR PARA HABILITACION PROGRAMA DE CENTRO TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA COMUNA DE PUCON (CTA).		
Banco	BCO. ESTADO SALUD	Nº Cheque	Fecha Cheque / /
Decreto pago		Nº Egreso	

DETALLE DEL COMPROBANTE			
Código Cuenta	Descripción	Debe	Haber
114-05-20-000-000-000	Programa de Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA)		79,990
214-05-20-000-000-000	Programa de Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA)	79,990	
Total		79,990	79,990

		D.A.F.	CONTROL
---	---	--------	---------

NOVOFARMA SERVICE S.A.

ALMACENAMIENTO, DESPACHO DE PRODUCTOS
Y ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

AVDA. VICTOR URIBE 2280 - 2300 - QUILICURA

FONO: 6209900 - FAX: 6243157



90F156181

R.U.T.: 96.945.670-2

E.O.: 243

E.D.: 438

E.P.: 432

FACTURA

N° 0156181

S.I.I. - SANTIAGO PONIENTE

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 Diciembre 2009

RAZON SOCIAL Y DIRECCION CLIENTE	
I. MUNICIPALIDAD DE PUCON DPTO DE SALUD	PUCON
MIGUEL ANSORENA 662	
PUCON	

OBSERVACIONES GENERALES

*DC.2009-00000243

R.U.T. CLIENTE	CODIGO	CONTROL FOLIO
69.191.600-6	003137	156181
CONDICIONES		O.C. CLIENTE
30 DIAS		2009-00000243
FECHA DOCTO.	FECHA VECTO.	N° PEDIDO
7/07/2009	6/08/2009	514923
DIV/LINEA	ZONA	VEND./REP.
INST	9999	680045

CODIGO	DESCRIPCION PRODUCTO	CANTIDAD	PRECIO UNIT.	PRECIO	DSCTO.	DSCTO.	VALOR NETO
800891	Desoren 30ug.comp.x21 Uta	500			1.600		800.000
** BODEGA : VICTOR URIBE N.2280 - QUILICURA FONO:6209900 FAX:6240240							
MUNICIPALIDAD DE PUCON DEPARTAMENTO DE SALUD CONTRATO DE SUMINISTRO 2389-23-1-09 N° FACTURA 156181							
FACTURA NORMAL							
SON: NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CON 00/100							
TOTAL BRUTO		TOTAL DESCUENTOS		TOTAL NETO		I.V.A.	TOTAL DOCTO.
800.000		0		800.000		152.000	952.000

Nombre:

Recinto:

Fecha:

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 mercadería

servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)

*No aceptamos reclamos por robos, mermas o quebrón que sufra la carga en tránsito, cesando nuestra responsabilidad en el momento de su salida de nuestras bodegas. Facturas no pagadas a su vencimiento devengarán el interés corriente vigente a la fecha de su emisión (Art. 6º Ley Nº 19.983).

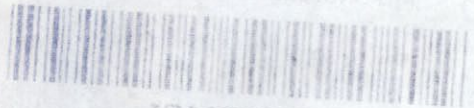
No reclamándose contra el contenido de este documento dentro de los 8 días siguientes a la entrega de ella, se tendrá por irrevocablemente aceptada. (Art. 180 Código de Comercio).

NFBP01 NFM00N51 9001

7/07/09 12:24:01

ORIGINAL: CLIENTE

0156181



907126181

I. MUNICIPALIDAD DE PUCRA
DEPARTAMENTO DE SALUD
Nº DE REGISTRO 1412
FECHA DE ENTRADA 08.07.08
FECHA DE SALIDA
DEPTO.



PEDRO ALFREDO MALIQUEO
DIRECTOR
DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL

FACTURA NORMAL
SON: NOVENTIDOS CINCUENTA Y DOS MIL CON 00/100

1	000.000	000.000	000.000
---	---------	---------	---------



PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2009-00000233

Nº INTERNO : 000016
SOLICITANTE : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 05-MATRONA
01-BOX MATRONA

FECHA : 02.07.2009

DESTINO : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 05-MATRONA
01-BOX MATRONA

ITEM	CODIGO	CANT.	U.DE MEDIDA	NOMBRE O DESCRIPCION DEL ITEM	CUENTA	SALDO
1	MD00058	500	CAJAS	DESOREN	215-22-04-004-000-000	15588472

OBS PEDIDO :
SOLICITA SRTA MATRONA

JUSTIFICACIÓN:
ANTICONCEPTIVOS PARA STOCK DE MATRONA DEL DEPTO. DE SALUD MUNICIPAL DE PUCON



MUNICIPALIDAD DE PUCON
DEPARTAMENTO DE SALUD
CONTRATO DE SUMINISTRO
2389.23-2009
Nº FACTURA 156187

MUNICIPALIDAD DE PUCON
DEPARTAMENTO DE SALUD

SOLICITUD DE PEDIDO

PUCON, 1 Julio 2009

DE: MATRONA

A: ADQUISICIONES
DEPTO. SALUD MUNICIPAL

1.- Agradeceré a Ud., tenga a bien realizar la adquisición de los bienes y/o servicios.

[illegible]

Serán destinados a: Uso en box de atención.

Atentamente a Ud,



Odette Castillo Crot

FIRMA SOLICITANTE

Adquisiciones Salud, Pucón

De: Odette Castillo Crot [ocastillo@municipalidadpucon.cl]
Enviado el: Miércoles, 01 de Julio de 2009 12:59
Para: 'Adquisiciones Salud, Pucón'
Asunto: solicitud aco
Datos adjuntos: pedido gabi.doc

Gaby:

Te envío la solicitud de Aco para varios meses es a APROFA y Grünenthal respectivamente

Odette Castillo Crot
Depto.De Salud
Municipalidad de Pucón
Fono:(45) - 293032
Fax:(45) - 441113



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 2009-00000243

OBLIGACION Nro 243

Pucón,

de 02 JUL. 2009 de

.- 02

SR.(ES)
DIRECCION
FONO

NOVOFARMA SERVICE S.A.
VICTOR URIBE Nº 2280
6209939

R.U.T. Nº
CIUDAD
FAX

096945670-2
SANTIAGO
6243157

SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR, LO SIGUIENTE:

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	DETALLE	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
MD00058	500.00	CAJAS	DESOREN	1,904.000	952,000
				SUB-TOTAL	800,000
				RECARGO	0
				SUB-TOTAL	0
				DESCUENTO	0
IMPORTANTE: DEBE INDICAR Nº DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR				SUB-TOTAL	800,000
SOLICITADO POR MATRONA				19 %	152,000
SOLICITUD DE PEDIDO Nº 00000233				TOTAL	952,000
DESTINADO A ANTICONCEPTIVOS PARA STOCK DE MATRONA DEL DEPTO. DE SALUD MUNICIPAL					

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



FINANZAS DEPTO. SALUD

CUENTA PRESUPUESTARIA



DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL

Pucón
el centro del SUR de CHILE

