

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

: CENTRAL DE ABASTECIMIENTO SNS Rut 061608700-2
: 88,919 OCHENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS DIECINUEVE PESOS
: STOCK DE FARMACIA PARA DEPTO. SALUD MUNICIPAL
: 11/08/2009

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
FACTURA	1178037	15/07/2009	88,919

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		88,919
532-04-00-000-000-000	Materiales de Uso o Consumo	88,919	
215-22-04-004-000-000	Productos Farmacéuticos	88,919	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		88,919
Sumas Iguales		177,838	177,838

REFRENDACION

Cuenta	215-22-04-004-000-000				
Presupuesto Vigente	28,077,000				
Total Comprometido	18,151,316				
Saldo x Comprometer	9,925,684				

SECRETARIA MUNICIPAL

DIRECTOR DE CONTROL

ADMINISTRADORA MUNICIPAL

JEFE SECC. FINANZAS DEPTO. SALUD



CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA
NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

GIRO: GOBIERNO CENTRAL Y
ADMINISTRACION PUBLICA

GOBIERNO DE CHILE
CENABAST

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

OP: 296
ED: 527
DS: 507

FACTURA

Nº 1178037

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 Diciembre 2009

R.U.T. CLIENTE		SEÑOR(ES)	
69.191.600-6		MUNIC.PUCON	
30 DIAS		AV.BERNARDO O HIGGINS 483 - PUCON	
CODIGO		CONDICIONES DE VENTA	
69.191.600-6		MUNIC.PUCON	
COD. DEL PRODUCTO		NOMBRE DEL PRODUCTO	
-Guia Despacho :455892 - FEM :14-07-2009 8:24:11		CANTIDAD	
GD:-2102329		1.0	
		PRECIO UNITARIO	
		74.722.0	
		TOTAL	
		74.722.0	
		TOTAL NETO	
		74.722	
		I.V.A.	
		14.197	
		TOTAL FACTURA	
		88.919	
GLOSA : VENTA POR INTERMEDIACION			
CAIN PSICOTROPICOS			
Son : ochenta y ocho mil novecientos diez 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

FACTURAS EXENTAS LEY ESTAMPILLAS Y PAPEL SELLADO D.L. Nº 619 DEL D.O. 22.8.74 Y D.S. Nº 2.106 DE 1975

R.U.T.: 61.608.700-2

FACTURA

Nº 1178037

CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

GOBIERNO CENTRAL Y ADMINISTRACION PUBLICA

AVDA. MATALLAN - CASILLA 21 CORREO 2
TELEFONO MEPA CENTRAL 574 8200
FAX CONTABILIDAD 574 9900 - FAX CURS 574 8377
SANTIAGO - CHILE

GOBIERNO DE CHILE
CETABAST

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 Diciembre 2009
S.L.M. - SANTIAGO CENTRO

69.191.800-8	MUNIC. PUCON	AV. BERNARDO O'HIGGINS 483 - PUCON	CONDICIONES DE VENTA	CONDICIONES DE VENTA	CONDICIONES DE VENTA
69.191.800-8	MUNIC. PUCON	AV. BERNARDO O'HIGGINS 483 - PUCON	CONDICIONES DE VENTA	CONDICIONES DE VENTA	CONDICIONES DE VENTA
30 DIAS					
1810752009	1810752009	1810752009	1810752009	1810752009	1810752009
74.722.0	74.722.0	74.722.0	74.722.0	74.722.0	74.722.0
527.47	527.47	527.47	527.47	527.47	527.47
14.197	14.197	14.197	14.197	14.197	14.197
88.818	88.818	88.818	88.818	88.818	88.818

PRINCIPALIDAD DE PUCON
DEPARTAMENTO DE SALUD

Nº DE REGISTRO 1554
FECHA DE ENTRADA 29.04.09
FECHA DE SALIDA
DEPTO.

Eduardo Aguirre
Salud

DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL
DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL

Seis : ochenta y ocho mil novecientos diez y nueve

ORIGINAL - CLIENTE



PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2009-00000285

Nº INTERNO : 000024

FECHA

: 30.07.2009

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

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	FA00218	34	UNIDADES	ALPRAZOLAM CM 0,5 MG	215-22-04-004-000-000	10021403
2	FA00219	2	UNIDADES	CLONAZEPAM CM 2 MG	215-22-04-004-000-000	10021403
3	FA00220	10	UNIDADES	METILFENIDATO CLORHIDRATO CM 10MG	215-22-04-004-000-000	10021403

OBS PEDIDO :
SOLICITA SRTA FABIOLA FIGUEROA

JUSTIFICACIÓN:
STOCK DE FARMACIA PARA DEPTO. SALUD MUNICIPAL



at298



**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**

1 / 1

405.832

/ 2.102.329

R.U.T.: 61.608.700-2

GUIA DE DESPACHO

N° 2102329

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2009

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

SEÑOR(ES) **MUNIC.PUCON**
R.U.T. **69.191.600-6**
DIRECCION **AV.BERNARDO O HIGGINS 483**
REGION **NOVENA REGION**
PEDIDO **330.851**
FECHA HORA EMISION **14-07-2009**

FECHA RECEPCION PEDIDO

CIUDAD **PUCON**
ZONA **LAUT-PITRUF-GALVA-PERQ-TOLTEN-GORBEA-LON**
R.U.T. A FACTURAR **69.191.600-6**
PROGRAMA **CAIN PSICOTROPICOS**
FECHA ENTREGA **03-07-2009**
N° PEDIDO ESTABLECIMIENTO **167.123**
LINEA OPERACION **INTERMEDIACION**
N° NOTA DE VENTA **465.089**

CODIGO PRODUCTO	DESCRIPCION	NUMERO SERIE	FECHA VENCIMIENTO	MARCA	UNIDAD DE DESPACHO	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	PRECIO UNITARIO
212-0327-000	ALPRAZOLAM CM 0,5 MG	08058757	31-05-2012	GENERIC	CJ 30 CM	34	34	112
212-0413-000	CLONAZEPAM CM 2 MG	E9612	30-05-2011	GENERIC	CJ 500 CM	2	2	3.857
212-4002-000	METILFENIDATO CLORHIDRATO CM 10 MG	0542609	30-05-2012	GENERIC	CJ 100 CM	10	10	6.360

FECHA RECEPCION MERCADERIA **17.7.10P**

CONFORME ☒ ☐

CALIDAD ☒ ☐

OBS.: **Creusie A.**

FIRMA QUIEN RECIBE **Creusie A.**

NOMBRE: _____
R.U.T.: _____
RECINTO: _____
FECHA: _____
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).

Comercial Grafica Millantue Ltda. - Juliet 2194 - Independencia - R.U.T.: 86.654.600-2

ORIGINAL: CLIENTE

R.U.T.: 61.608.700-2
 GUIA DE DESPACHO
 Nº 2102329

211 - SANTIAGO CENTRO

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2009

FECHA ENTREGA 03-07-2009
 PROGRAMA CAIN PSICOTROPICOS
 RUT A FACTURAR 89.191.900-6
 ZONA LAUT-PITRUF-GALVA-PERO-TOLTEN-GORBEA-LON 87.133
 LINEA OPERACION INTERMEDIACION
 N.º NOTA DE VENTA 486.088

PRECIO UNITARIO	CANTIDAD DESPACHADA	CANTIDAD PEDIDA	UNIDAD DE DESPACHO	MARCA	FECHA VENCIMIENTO	FECHA RECIBIDA
117	34	34	CL 30 CM	GENÉRICO	31-05-2012	03-07-2009
3.857	2	2	CL 800 CM	GENÉRICO	30-05-2011	03-07-2009
6.980	10	10	CL 100 CM	GENÉRICO	30-05-2012	03-07-2009

FECHA RECEPCION MERCADERIA 03-07-2009
 CONFORME ☒ CALIDAD ☒
 OBS:
 FIRMA QUIEN RECIBE *[Firma]*

1. MUNICIPALIDAD DE PUYEN
 DEPARTAMENTO DE SALUD

Nº DE REGISTRO 1466
 FECHA DE ENTRADA 17-07-09
 FECHA DE SALIDA *[Firma]*
 DEPTO. Salud



PEDRO J. ORRIGO MALIQUEO
 DIRECTOR
 DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL

ENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA
 NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD
 GIRO: ADMINISTRACION PUBLICA
 Dirección: W. Matte N° 644 - Casilla 21, Correo 2
 Fax/Contabilidad: 522 03 40 Fax/Oficina: 574 83 77
 Teléfono: 574 8300
 Santiago, Chile

GOBIERNO DE CHILE
 CENESAT

SEÑORES
 RUT 89.191.900-6
 DIRECCION AV BERNARDO O HIGGINS 483
 REGION NOVENA REGION
 CREDITO 330.281
 FECHA EMISION 14-07-2009

PRODUCTO
 212-0327-000 ALPACATON 5 CM 2 M
 212-0413-000 CHAZA 10 CM 2 M
 212-4002-000 METILFENIDATO CLORH

Señale
 27/07/09



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 2009-00000296

Pucón, 20 de Julio 2009

SR.(ES) CENTRAL DE ABASTECIMIENTO SNS
DIRECCION AV. MATTÁ 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
FA00218	34.00	UNIDADES	ALPRAZOLAM CM 0,5 MG	133.280	4,532
FA00219	2.00	UNIDADES	CLONAZEPAM CM 2 MG	4,351.830	8,704
FA00220	10.00	UNIDADES	METILFENIDATO CLORHIDRATO CM 10MG	7,568.400	75,684
				SUB-TOTAL	74,722
				RECARGO	0
				SUB-TOTAL	0
				DESCUENTO	0
IMPORTANTE: DEBE INDICAR Nº DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR				SUB-TOTAL	74,722
SOLICITADO POR FARMACIA				19 %	14,197
SOLICITUD DE PEDIDO Nº 00000285				TOTAL	88,919
DESTINADO A STOCK DE FARMACIA PARA DEPTO. SALUD MUNICIPAL					

FORMULARIO LÍMITE FORMULARIOS CONTINUOS LOS ANGELES LÍMITE (R.U.T.: 78.443.840-6) (BULNES 757) (FONO/FAX (43) 320489) (LOS ANGELES)



Jefe Finanzas DEPTO. SALUD

CUENTA PRESUPUESTARIA



DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL