



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

Decreto N°
Pucón,

517

18/08/2009

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° 1405 emitido con fecha 17 de Agosto del año 2009, que delega la facultad de Firmar "Por Orden de la Sra. Alcaldesa" al Sr. Administrador Municipal.

DECRETO

La Dirección de Administración

Y Finanzas, pagara a Don

La cantidad de \$

Por concepto de

Fecha de Pago

: COLIPE HERMOSILLA SERGIO Rut 011246493-k
: 7,958 SIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS
: INSUMOS PARA CAPACITACION DE CUIDADORES POSTRADOS, DEPTO.
SALUD MUNICIPAL DE PUCÓN

: 18/08/2009

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
FACTURA	3203	10/08/2009	7,958

Anótese comuníquese y Archívese.

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

CÓDIGO CUENTA	DETALLE	DEBE	HABER
215-22-01-001-000-000	Para Personas		7,958
532-01-00-000-000-000	Alimentos y Bebidas	7,958	
215-22-01-001-000-000	Para Personas	7,958	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		7,958
Sumas Iguales		15,916	15,916

REFRENDACION

Cuenta	215-22-01-001-000-000		
Presupuesto Vigente	1,500.000		
Total Comprometido	946.603		
Saldo x Comprometer	553.397		



PUCÓN
MUNICIPIO DEL SUR DE CHILE

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

CH: 5220



**SERGIO OSVALDO
COLIPE HERMOSILLA
SUPERMERCADO COMERCIAL
Y DE ALCOHOL**
C. Matriz : Pob. Adela Jorquera
Los Pellines 210 - Pucón
Suc.1 : CABAÑAS
Del Pillán 435 - PUCON
Comuna de Pucón

R.U.T.: 11.246.493-K

FACTURA

08: 289

ED: 534

D.F: 517

No 003203

S.I.I. - VILLARRICA

Fecha, 10 de Agosto

de 2009

Justo Gobernación de la Comuna de Pucón

FECHA VIGENCIA EMISIÓN HASTA 31 DE DICIEMBRE 2009

RUT: 68191600-6

Señor(es):

M. Gobernación 662

Ciudad:

Pucón

Comuna: Pucón

Dirección:

Solud

Guía Nº:

Giro:

a: SERGIO OSVALDO COLIPE HERMOSILLA

DEBE

Cantidad	DETALLE	P. Unitario	TOTAL
1	te leyes	940	940
1	Tono Mercopé	3290	3290
1	Kg. Azúcar	550	550
3	Vete. Perui leto	280	840
50	Vesos blancos	50	2500
		Derec 20%	- 162
			7.958
SON:	siete mil novecientos cincuenta y ocho	pesos	
			6.687.-
			1.271.-
			TOTAL \$ 7.958.-

Cancelado, _____ de _____

de 2009

Firma

RUT: _____

Nombre: Gobernación A.

Fecha: 11 de Agosto

de 2009

Lugar:

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)

ORIGINAL: CLIENTE

NEO-MUNDO LTDA. RUT.: 77.649.290-6 • Fono/Fax 313095 • Padre Las Casas

R.U.T.: 11.349.433-K

FACTURA

Nº 003203

S.I.L. • VILLARRICA

FECHA AGENCIA EMISIÓN HASTA 31 DE DICIEMBRE 2008

RUT: 02141000-9

C.G. 244
C.G. 244
C.G. 244

SERGIO OSVALDO

COLIFÉ HERMOSILLA

SUPERMERCADO COMERCIAL

Y DE TICHOLES

C.Malls: P.p., Vdes. Jardines

Los Bellunes 310 - Pucón

Dir. 1: CABANAS

Des. Pueblo 435 - PUCÓN

Comuna de Pucón



q.e. 500

Fechas: 10 de

Señor(es):

Disección:

Glosa:

Por lo siguiente:

Cajillitas

DEBE

s: SERGIO OSVALDO COLIFÉ HERMOSILLA

P. Utilizo

TOTAL

80	80
350	350
20	20
840	840
5200	5200
150	150
151	151
828.0	828.0

**MUNICIPALIDAD DE PUCÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD**

Nº DE REGISTRO	1698
FECHA DE ENTRADA	08-08-08
FECHA DE SALIDA	Salud
DETALLE	<i>[Signature]</i>

GRATEM q.e. 580



- F.80	NETO
- 150	150
- 828.0	828.0
- 0.344.68-0	RUT: 10.034468-0
TOTAL	

El cliente que recibe el servicio que se detallan en este recibo, se acuerda a lo dispuesto en la ley A.R. 4º, a los efectos de la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.

Lea la Ley 18.883. Salvo lo que se establezca en las condiciones de servicio o acuerdo(s) suscrito(s) entre el cliente y el proveedor.



I. MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

DEPTO. DE SALUD
R.U.T.: 69.191.600-6
M. Ansorena 662
Fonos 293130 - 293129 - Fax 441113
PUCON

6:289
D: 534
R: 517

ORDEN DE COMPRA

Nº 2009-00000289

OBLIGACION Nro 289

Pucón, 28 de Julio 2009

SR.(ES) COLIPE HERMOSILLA SERGIO
DIRECCION LOS PELLINES 210
FONO 441453

R.U.T. Nº 011246493-k
CIUDAD PUCON
FAX

SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR, LO SIGUIENTE:

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	DETALLE	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
SU00012	1.00	UNIDADES	TE LIPTON	940.000	940
AA00011	1.00	TARROS	NESCAFE	3,290.000	3,290
AA00012	1.00	KILOGRAMOS	AZUCAR	550.000	550
AA00013	3.00	PAQUETE	SERVILLETAS	280.000	840
AA00028	50.00	UNIDADES	VASO BLANCO	50.000	2,500
				SUB-TOTAL	6,824
				RECARGO	0
				SUB-TOTAL	0
				DESCUENTO	0
IMPORTANTE: DEBE INDICAR Nº DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR				SUB-TOTAL	6,824
SOLICITADO POR ENFERMERA				19 %	1,296
SOLICITUD DE PEDIDO Nº 00000278				TOTAL	8,120
DESTINADO A INSUMOS PARA CAPACITACION DE CUIDADORES POSTRADOS					

FORMULANLDA FORMULARIOS CONTINUOS LOS ANGELES LIMITADA [R.U.T.: 78.443.840-6] BUENOS AIRES 757 [FONO/FAX: (43) 320489] LOS ANGELES



CUENTA PRESUPUESTARIA

215-22-01-001-000-000



DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

Pucon
MUNICIPIO DEL LAGO DE PUCON



PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2009-00000278

Nº INTERNO : 000047
SOLICITANTE : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 03-ENFERMERA
: 01-ENCARGADA

FECHA

: 28.07.2009

DESTINO : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 03-ENFERMERA
 01-ENCARGADA

FECHA

: 28.07.2009

ITEM	CODIGO	CANT.	U.DE MEDIDA	NOMBRE O DESCRIPCION DEL ITEM	CUENTA	SALDO
1	AA00011	1	TARROS	NESCAFE \$ 3.290.-	215-22-01-001-000-000	371472
2	SU00012	1	UNIDADES	TE LIPTON \$ 940.-	215-22-01-001-000-000	371472
3	AA00012	1	KILOGRAMOS	AZUCAR \$ 550.-	215-22-01-001-000-000	371472
4	AA00013	3	PAQUETE	SERVILLETAS \$ 280.-	215-22-01-001-000-000	371472
5	AA00028	50	UNIDADES	VASO BLANCO \$ 50.-	215-22-01-001-000-000	371472

OBS PEDIDO :
SOLICITA SRTA KARIN VALLETTE ISLA

JUSTIFICACIÓN:
INSUMOS PARA CAPACITACION DE CUIDADORES POSTRADOS

Cat 291



MUNICIPALIDAD DE PUCON
DEPARTAMENTO DE SALUD/

DECRETO EXENTO N° 1275

PUCON, 28 JUL 2009

VISTOS:

1.- El Presupuesto del Departamento de Salud Municipal del año 2009, aprobado por Decreto Alcaldicio N° 2463 de fecha 15 de diciembre del año 2008.-

2- El Programa denominado "**TALLER DE CAPACITACION DE CUIDADORES DE PACIENTES POSTRADOS**" de fecha 28 de Julio del presente.

3.- Las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695, "Orgánica Constitucional de Municipalidades", contenidas en el D.F.L. N° 1 del año 2006 Interior. Publicada en el diario Oficial de la Republica de Chile con Fecha 26 de Julio de 2006.

CONSIDERANDO:

La necesidad de capacitar a cuidadores de pacientes postrados entregándoles herramientas de autoayuda, buscando elementos de apoyo en la comunidad y familias de los pacientes.-

DECRETO:

1.- APRUEBESE, el Programa denominado, "**TALLER DE CAPACITACION DE CUIDADORES DE PACIENTES POSTRADOS**" de fecha 28 de Julio de 2009, por un monto total de \$40.000.- (Cuarenta mil pesos).

2.- IMPUTESE, el gasto a las cuentas **215.22.01.001 "Alimentos y Bebidas para Personas"**

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



GLADIELA E. MATUS PANGUILEF
SECRETARIA MUNICIPAL



LORENA FUENTES ESPINOZA
ALCALDESA (SUB)

LFE/GEMP/POM/OCC/RASM/gra
DISTRIBUCION:

- Of. De Partes
- Control Interno
- Depto. de Salud (2)

REUNIÓN CUIDADORES DE PACIENTES POSTRADOS 29 de Julio 2009

Fundamentación: Como parte de las actividades propias del Programa de Atención Domiciliaria se considera indispensable la enseñanza de los personas que tienen a cargo un paciente postrados, que muchas veces requieren cuidados específicos a cada patología; por otra parte es necesario preocuparse de la salud tanto el cuidador como del grupo familiar para lograr la mejor condición posible. Además en esta oportunidad se invitó a autoridades Comunales para presentar la Agrupación de Cuidadores constituida recientemente para buscar mayor ayuda a favor de las familias y pacientes del programa.

Objetivo General: Mantener en constante capacitación a los cuidadores de pacientes postrados tanto para mejorar el cuidado del paciente como el propio proporcionando conocimientos y destrezas para mejorar su calidad de vida

Objetivos Específicos: Realizar actividad de difusión del Programa y sus actividades.

Docentes:

- **Enfermera UFRO Sra. María Magdalena Herrera**

Duración: 2 horas

Programa:

1. Presentación actividades realizadas durante el mes
2. Presentación y descripción del Programa
3. Momentos de reflexión
4. Presentación Testimonio de Cuidadores
5. Café
6. Despedida

Hora inicio: 11:00 hrs.

Hora Término: 13:00 hrs.

Lugar: Auditórium Municipalidad

Recursos Institucionales:

- Hora Enfermera
- Hora Técnico Paramédico
- Datashow
- Notebook

Recursos Económicos:

Cafetería: 1 tarro café	= \$ 3290
1 caja de té	= \$ 940
1 kilo azúcar	= \$ 550
3 paquetes de servilletas	= \$ 280 c/u 840
50 vasos desechables	= \$ 3500
2 tortas	= \$30.000

TOTAL: \$40.000



Director de Departamento

Karin Vallette Isla
11.917.214-4
ENFERMERA

Encargada Programa Postrados

Subdirectora



Finanzas

Recepción de Mercaderia Nro.: 00000151 Año : 2009

NOMBRE PROVEEDOR

RUT N° :011246493-k, Razon Social : COLIPE HERMOSILLA SERGIO - Telefono: 441453

FECHA DE RECEPCION : 14/08/2009

DOCUMENTOS

Nº O/C: 2009-00000289 , Tipo de Documento : FACTURA , Nº DOCUMENTO: 3203

Numero de Pedido : 00000278.-

Destinado : DIRECTOR

OBSERVACION : INSUMOS PARA CAPACITACION DE CUIDADORES POSTRADOS

CODIGO	DESCRIPCION Y UNIDAD	BODEGA	CANTIDAD O/C	RECEPCIONADO	SALDO O/C	OBSERVACION
SU00012	TE LIPTON	00001-BODEGA CENTRAL	1.000	1.000	0.000	
AA00011	NESCAFE	00001-BODEGA CENTRAL	1.000	1.000	0.000	
AA00012	AZUCAR	00001-BODEGA CENTRAL	1.000	1.000	0.000	
AA00013	SERVILLETAS	00001-BODEGA CENTRAL	3.000	3.000	0.000	
AA00028	VASO BLANCO	00001-BODEGA CENTRAL	50.000	50.000	0.000	

VALOR TOTAL RECEPCIONADO EN ESTE DOCUMENTO

8,120.

VALOR TOTAL ORDEN DE COMPRA

8,120.

Se han impreso(s) Página(s) 1 de 1.

SILVANA URRA ESPARZA

Silvana Urra Esparza

Salida de Mercaderia Nro.: 00000373 Año : 2009

FECHA DE SALIDA : 14/08/2009

DOCUMENTOS

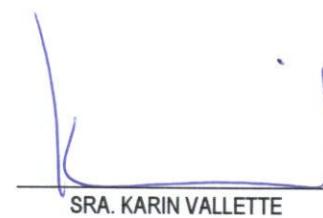
Pedido de Materiales N° : 00000278-2009
Recepcion N° : 00000151

OBSERVACION : INSUMOS PARA CAPACITACION DE CUIDADORES POSTRADOS

CODIGO	DESCRIPCION	BODEGA	CANTIDAD	OBSERVACION	CENTRO COSTO
AA00011	NESCAFE	00001-BODEGA CENTRAL	1.000	2009-00000289	010301
SU00012	TE LIPTON	00001-BODEGA CENTRAL	1.000	2009-00000289	010301
AA00012	AZUCAR	00001-BODEGA CENTRAL	1.000	2009-00000289	010301
AA00013	SERVILLETAS	00001-BODEGA CENTRAL	3.000	2009-00000289	010301
AA00028	VASO BLANCO	00001-BODEGA CENTRAL	50.000	2009-00000289	010301

Se han impreso 1 páginas.


ENTREGUE CONFORME
SILVANA URBA ESPARZA


SRA. KARIN VALLETTE
RECIBI CONFORME



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

Decreto N°
Pucón,

516

18/08/2009

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° 1405 emitido con fecha 17 de Agosto del año 2009, que delega la facultad de Firmar "Por Orden de la Sra. Alcaldesa" al Sr. Administrador Municipal.

DECRETO

La Dirección de Administración

Y Finanzas, pagara a Don

La cantidad de \$

Por concepto de

Fecha de Pago

: CODIMED CHILE LIMITADA Rut 078124770-7
: 242,760 DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS SESENTA
PESOS
: CANCELAR COMPRA DE EQUIPAMIENTO PARA ATENCION DE PACIENTES
POSTRADOS, DEPTO. SALUD MUNICIPAL DE PUCON.
: 18/08/2009

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
FACTURA	70982	23/07/2009	242,760

Anótese comunique 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 Ínsulos	242,760	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		242,760
	Sumas Iguales	242,760	242,760

REFRENDACION

Cuenta	114-05-14-000-000-000				
Presupuesto Vigente	4,413,979				
Total Comprometido	4,413,979				
Saldo x Comprometer	0				



PUCÓN
ESTADO DE CHILE

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

CH 5219

I. MUNICIPALIDAD DE PUCON
AREA SALUD

Fecha 18/08/2009
Hora 11:28:33

TRASPASO

Comprobante	159	Fecha	18/08/2009
Rut	078124770-7	Nombre	CODIMED CHILE LIMITADA
Departamento	PROGRAMA	Centro Costo	
Tipo Doc.	FACTURA	Numero Doc.	70982
Glosa	CANCELAR COMPRA DE EQUIPAMIENTO PARA ATENCION DE PACIENTES POSTRADOS, DEPTO. SALUD MUNICIPAL DE PUCON.		

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		242,760	
214-05-14-000-000-000	Programa de Postrados Insumos	242,760		
Total		242,760	242,760	

PREPARADO POR

JEEF DE CONTABILIDAD

D.A.F.

CONTROL




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

2009-00000260

OBLIGACION Nro 0

de

Pucón,

de

08

Julio

2009

SR.(ES)**DIRECCION**

CODIMED CHILE LIMITADA

FONO

SAN MARTIN N° 888

2224571

R.U.T. Nº**CIUDAD**

078124770-7

FAX

CONCEPCION

SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR, LO SIGUIENTE:

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	DETALLE	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
FA000100	100.00	UNIDADES	EQUIPO DE CURACION DESECHABLE	1,249.500	124,950
EM000013	2.00	UNIDADES	BALANZA CON MEDICION DE IMC Y GRASA CORPORAL	58,905.000	117,810
				SUB-TOTAL	204,000
				RECARGO	0
				SUB-TOTAL	0
				DESCUENTO	0
				SUB-TOTAL	0
IMPORTANTE: DEBE INDICAR N° DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR				%	204,000
SOLICITADO POR					
SOLICITUD DE PEDIDO N°					
DESTINADO A					
EN ENFERMERIA					
00000250					
				TOTAL	38,760
					242,760

FORMULARIO FORMULARIO CONTINUOS LOS ANGELES INFORMATICA RUT: 70.903.840-6 BODEGA 9751 TEL/FAX: 032489105/032489106

CENTRO DE EQUIPO PARA ATENCION DE PACIENTES POSTRADOS



JEFE FINANZAS DEPTO. SALUD

CUENTA PRESUPUESTARIA



DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL

Pucón
el centro del SUR de CHILE

Rut: 69.191.600-6

Ilustre Municipalidad de Pucón
AV. BERNARDO O'HIGGINS 483
Teléfono: (56)(45)293138
Fax: (56)(45)293085

Demandante : ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUCON

Unidad de Compra : Departamento de Salud
Fecha : 08-07-2009 18:53:57

ORDEN DE COMPRA N°: 2389-119-SE09

SEÑORES (ES)	: COMERCIALIZADORA Y DISTRIBUIDORA MEDICA LIMITADA	A Sr (a)	: Paulina Briones C. Paulina Briones C.						
DIRECCIÓN	: LUIS THAYER OJEDA 069	Fono	: (56)(02-2315550						
RUT	: 78.124.770-7	Fax	: (56)(41) 2227086						
FECHA ENTREGA	: 08-07-2009								
ENTREGA	: AV. BERNARDO O'HIGGINS 483								
FORMA DE DESPACHO	: Despachar a Dirección de envío								
FORMA DE PAGO	: 30 días contra recepción de factura								
EMITIDA POR	: GABRIELA ROMAN AVACA								
Código	Clasificación	Cantidad	Unidad	Especificaciones Comprador	Especificaciones Proveedor	Precio Unitario	Descuento	Cargos	Valor Total
41111508	Instrumentos de medición de peso	2	Unidad	SE REQUIERE LA COMPRA DE 1 BALANZA CON MEDICION DE IMC Y GRASA CORPORAL, QUE CONTENGA PANTALLA DE NUMEROS GRANDES PARA UNA FACIL LECTURA, BOTON DE ENCENDIDO/APAGADO, CON CAPACIDAD HASTA 150 KG, CON GARANTIAS MINIMA DE 1 AÑO, CON MEMORIA INDIVIDUAL PARA 4		49,500.00	0.00		99,000.00
42295415	Suministros quirúrgicos auxiliares	100	Unidad	SE REQUIERE LA ADQUISICION DE 100 EQUIPOS DE CURACION DESECHABLE QUE CONTENGA TIJERAS CON PUNTA, PINZA ANATOMICA, PINZA QUIRURGICAS, TORULAS Y APOSITOS, ADJUNTAR FOTOGRAFIAS		1,050.00	0.00		105,000.00
						Neto \$ 204,000.00	Dcto. \$ 0.00	Cargos \$	
						Subtotal \$ 204,000.00	19 % IVA \$ 38,760.00	Total \$ 242,760.00	

Observaciones:

EQUIPAMIENTO PARA ASISTENCIA PACIENTES POSTRADOS DESDE 2389-34-L109





PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2009-00000250

Nº INTERNO : 000029

SOLICITANTE

DIREC Y ENCARGADOS

: 01-DIRECTOR
: 03-ENFERMERA
01-ENCARGADA

FECHA

: 08.07.2009

DESTINO

DIREC Y ENCARGADOS

: 01-DIRECTOR
: 03-ENFERMERA
01-ENCARGADA

ITEM	CODIGO	CANT.	U.DE MEDIDA	NOMBRE O DESCRIPCION DEL ITEM	CUENTA	SALDO
1	EM00013	2	UNIDADES	BALANZA CON MEDICION DE IMC Y GRASA CORPORAL	114-05-14-000-000-000	0
2	FA00100	100	UNIDADES	EQUIPO DE CURACION DESECHABLE	114-05-14-000-000-000	0

OBS PEDIDO :

SOLICITA SRA KARIN VALLETE ISLA

JUSTIFICACIÓN:

COMPRA DE EQUIPAMIENTO PARA ATENCION DE PACIENTES POSTRADOS



cot 262

RESOLUCION ADJUDICACION N° 2389-34-L109

1 BALANZA CON MEDICION DE IMC Y GRASA CORPORAL

PROVEEDOR	SERV. TECNICO	50%	CALIDAD TECNICA	50%	TOTAL %
1 Electromedicina Bioperson	1 AÑO GARANTIA	15	CUMPLE	50	65
2 Bioscom chile Ltda	1 AÑO GARANTIA	15	CUMPLE	50	65
3 Diprolab Ltda	1 AÑO GARANTIA	15	CUMPLE	50	65
4 Codimed Chile Ltda	1 AÑO GARANTIA	15	CUMPLE	50	65

SERVICIO TECNICO	50%
DE 25 O MAS MESES	50
DE 13 A 24 MESES	35
DE 06 A 12 MESES	15

2 MONITOR DE SIGNOS VITALES

PROVEEDOR	SERV. TECNICO	50%	CALIDAD TECNICA	50%	TOTAL %
1 Meditec	2 años garantía	35	cumple	50	85
2 Novacare Medical	2 años garantía	35	cumple	50	85
3 Covidien	No especifica	-	cumple	50	50

CALIDAD TECNICA	50%
cumple	50
no cumple	35

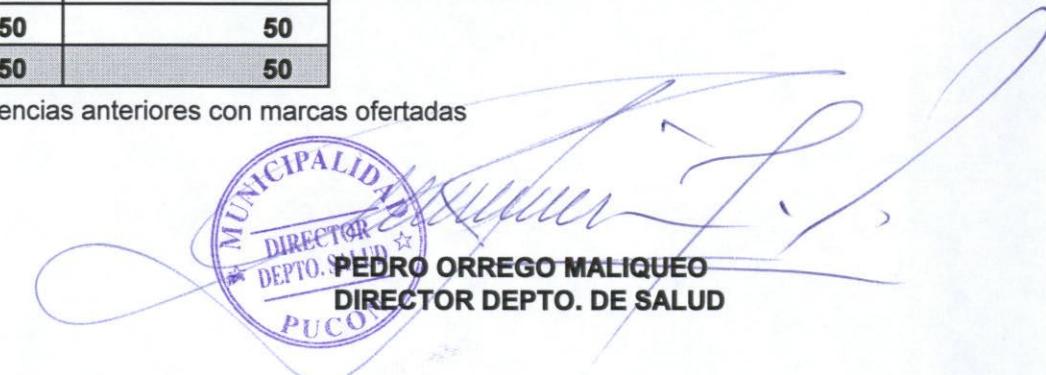
3 EQUIPOS DE CURACION DESECHABLE

PROVEEDOR	SERV. TECNICO	50%	CALIDAD TECNICA	50%	TOTAL %
1 BIENEK			cumple	50	50
2 NIPRO MEDICAL CORPORATION			cumple	50	50
3 PRIMUS			cumple	50	50
4 COVIDIEN			cumple	50	50
5 DIPROLAB			cumple	50	50
6 GLOBAL HEALTHCARE			cumple	50	50
7 Codimed			cumple	50	50

Por tratarse de productos desechables y no requerir servicio técnico, se selecciona CODIMED por experiencias anteriores con marcas ofertadas

KARIN VALLETE ISLA
ENFERMERA A CARGO PROGRAMA

Karin Vallette Isla
Enfermera
Rut: 11.917.214-4
Dep. de Salud Pucón





**LICITACION N° 2389-34-L109
ACTA RESOLUTORIA DE LICITACION
(Nº 079)**

En Pucón, a ocho días del mes de Julio del año 2009, quienes suscriben certifican que una vez revisadas las ofertas en el portal Chilecompras, por la adquisición Pública **Nº 2389-34-L109**, se resuelve lo siguiente:

1.1.- Quienes suscriben informan a la empresa **NOVACARE MEDICAL LIMITADA**, la adjudicación de 01 Monitor de Signos Vitales, por un monto total \$1.466.080.- (Un Millón Cuatrocientos sesenta y seis mil ochenta pesos), quien cumple con los requisitos solicitados en la licitación

1.2.- Quienes suscriben informan a la empresa **CODIMED CHILE LTDA**, la adjudicación de 02 Balanzas de Medición IMC y Grasa Corporal y 100 Kit de curación desechable 3M; por un monto total \$242.760.- (Doscientos cuarenta y dos mil setecientos sesenta pesos), quien cumple con los requisitos solicitados en la licitación

1.3.- Las Empresas identificadas anteriormente , se compromete a despachar los productos adjudicados en un plazo no superior a 5 días hábiles desde la fecha de adjudicación.

Karin Vallette Isla
Enfermera
Rut: 11.917.214 - 4
Depto. de Salud Pucón

KARIN VALLETTE ISLA
ENFERMERA A CARGO DEL PROGRAMA



RENE ABURTO SAN MARTIN
JEFE SECC. FINANZAS DEPTO. DE SALUD



PEDRO ORREGO MALIQUEO
DIRECTOR DEPTO. SALUD

RASM/gra

Cuadro Comparativo por Líneas

[Descargar este cuadro en Formato Excel](#)

Clasificación ONU: 41111508

Cantidad: 2

Nombre: Básculas de medición del peso corporal

Especificaciones del Comprador: SE REQUIERE LA COMPRA DE 1 BALANZA CON MEDICION DE IMC Y GRASA CORPORAL, QUE CONTENGA PANTALLA DE NUMEROS GRANDES PARA UNA FACIL LECTURA, BOTON DE ENCENDIDO/APAGADO, CON CAPACIDAD HASTA 150 KG, CON GARANTIAS MINIMA DE 1 AÑO, CON MEMORIA INDIVIDUAL PARA 4

Proveedor	Nombre de la Oferta	Especificaciones del Proveedor	Cantidad Ofertada	Precio Unitario	Moneda	Monto
Electromedicina Bio-Person	Electromedicina Bio-Person	Balanza Omron para medición de IMC a través de manos y pies. Garantía 1 año. Made in USA	2	105000	\$	210000
BiosCom Chile Ltda.	Monitor de Signos Vitales	Monitor de signos Vitales Adulto pediatrico y neonatal marca Mindray modelo VS 800 procedencia USA	2	765600	\$	1531200
Diprolab Ltda.	Insomos	balanza medidora grasa mod. hbf 400 int.	2	67142	\$	134284
CODIMED CHILE LTDA.	CODIMED CHILE	BALANZA C /MEDIDOR DE GRASA CORPORAL E IMC OMRON	2	49500	\$	99000

Clasificación ONU: 42181904

Cantidad: 1

Nombre: Unidades de transporte o de señales vitales móviles de multiparámetro o accesorios

Especificaciones del Comprador: CON SISTEMA DE MEDICION OSCILOMETRICA ASCENDENTE, INDICADOR DIGITAR DE PRESION ARTERIAL SISTOLICA, DIASTOLICA Y ARTERIAL MEDIA, FRECUENCIA DE PULSO, SATUROMETROS INCLUIDO, ALARMA AJUSTABLE, CON OPERADOR MANUAL Y CICLO AUTOMATICO PROGRAMABLE, CON CONEXION

Proveedor	Nombre de la Oferta	Especificaciones del Proveedor	Cantidad Ofertada	Precio Unitario	Moneda	Monto
MEDITEC	2389-34-L109 MARY	4041000025 MONITOR SIGNOS VITALES EDAN M3 (NIBP+PULSO+SPO2). SE ADJUNTA FICHA TECNICA.	1	882441	\$	882441
NOVACARE MEDICAL	Cot. N° 1221- CO09C	Monitor de Signos Vitales, marca Criticare, modelo 506DN Equality, proced. USA. Valor incluye envio. Favor reenviar nexos.	1	1232000	\$	1232000
COVIDIEN (antes Tyco Healthcare) Casa Matriz	COVIDIENV	N-5600 CABLE DE PACIENTE 3 DERIVACIONES, MANGUERA PRESION NO INVASIVA, 2 FRAZALES ADULTO-PEDIATRICO, 1 CABLE CON SENSOR Spo2, 1 MANGUERA PRESION NO INVASIVA NEONATAL, 3 BRAZALES NEO Y CABLE DE PODER. PROCEDENCIA: KOREANO.	1	1500000	\$	1500000

Clasificación ONU: 42295415

Cantidad: 100

Nombre: Cubiertas de equipo quirúrgico

Especificaciones del Comprador: SE REQUIERE LA ADQUISICION DE 100 EQUIPOS DE CURACION DESECHABLE QUE CONTENGA TIJERAS CON PUNTA, PINZA ANATOMICA, PINZA QUIRIGRICAS, TORULAS Y APOSITOS, ADJUNTAR FOTOGRAFIAS

Proveedor	Nombre de la Oferta	Especificaciones del Proveedor	Cantidad Ofertada	Precio Unitario	Moneda	Monto
SOLUCIONES INTEGRALES DE LIMPIEZA LTDA. (BIENEK)	Kit de Curacion desechable 3M	Kit de Curación Desechable marca 3M 3505 Curacion menor incluye (Bandeja con copela , 1 pinza anatomica, 1 Pinza Quirurgica, 1 Tijera , 3 Torulas , 1 aposito)	100	980	\$	98000
NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA EN CHILE)	3M	Kit curacion menor Codigo 3505 3M caja x 6und	100	980	\$	98000
PRIMUS MEDICAL S.A.	PRIMUS CR	KIT CURACIÓN DESECHABLE: 1 BANDEJA 1 PINZA ANATOMICA 1 PINZA DIANTE DE RATÓN 1 TIJERA 3 TÓRULAS DE GASAS 3 COMPRESAS 7.5X7.5CMS. MIXTO ESTERIL KIT021	100	906	\$	90600
COVIDIEN (antes Tyco Healthcare) Casa Matriz	COVIDIENV	80159 KIT DE CURACION COMPLETO	100	2250	\$	225000
Diprolab Ltda.	Insomos	equipo de curacion desecharle	100	1500	\$	150000
Global Healthcare Chile L.P.	Global Healthcare.	Kit de Curacion: 1 Pinza, 1 tijera, 3 torulas, 2 gasas, 1 bandeja Esteril. COD: PKC015	100	900	\$	90000
CODIMED CHILE LTDA.	CODIMED CHILE	KIT CURACION DESECHABLE 3M COD. 3505	100	1050	\$	105000

[Volver](#)



PEDRO A. ORREGO MALIQUEO
DIRECTOR
DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL

Apertura Electrónica



Municipalidad de Pucón

Datos de la Adquisición 2389-34-L109

Número de Adquisición	2389-34-L109
Nombre de Adquisición	EQUIPAMIENTO PARA ASISTENCIA PACIENTES POSTRADOS
Tipo de Adjudicación	Adjudicación Múltiple sin Emisión de OC: La entidad licitante podrá adjudicar cada línea de producto o más de un proveedor y por cantidades inferiores a las ofrecidas. Ud. puede ofrecer la cantidad que desee hasta la cantidad solicitada. Recuerde que los precios ofrecidos no deben incluir ningún tipo de impuesto.
Estado	Cerrada
Moneda	Peso Chileno
Comprador	GABRIELA
Observaciones del Comprador	DOTAR AL EQUIPO TÉCNICO DE LOS INSUMOS NECESARIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LOS PACIENTES POSTRADOS
Contacto	GABRIELA ROMAN AVACA (adquisicion@municipalidadpucon.cl)
Teléfonos	Fono: 56-45-441113 - Fax: 56-45-441113-
Fecha de Publicación	11/6/2009 17:43
Fecha de Cierre	16/6/2009 16:00
Fecha de Apertura	16/6/2009 16:10

Detalle de Apertura

Proveedor	Nombre Oferta	Aceptar/Rechazar Requisitos
Global Healthcare Chile L.P.	Global Healthcare.	Oferta Aceptada
MEDITEC	2389-34-L109 MARY	Oferta Aceptada
BiosCom Chile Ltda.	Monitor de Signos Vitales	Oferta Aceptada
NOVACARE MEDICAL	Cot. N° 1221-C009C	Oferta Aceptada
SOLUCIONES INTEGRALES DE LIMPIEZA LTDA. (BIENEK)	Kit de Curacion desecharable 3M	Oferta Aceptada
PRIMUS MEDICAL S.A.	PRIMUS CR	Oferta Aceptada
COVIDIEN (antes Tyco Healthcare) Casa Matriz	COVIDIENV	Oferta Aceptada
CODIMED CHILE LTDA.	CODIMED CHILE	Oferta Aceptada
NIPRO MEDICAL CORPORATION (AGENCIA EN CHILE)	3M	Oferta Aceptada
Electromedicina Bio-Person	Electromedicina Bio-Person	Oferta Aceptada
Diprolab Ltda.	insumos	Oferta Aceptada

Observaciones Al Acto de Apertura

No se recibieron observaciones a la apertura



Número de Adquisición	2389-34-L109
Nombre	EQUIPAMIENTO PARA ASISTENCIA PACIENTES POSTRADOS
Descripción	DOTAR AL EQUIPO TÉCNICO DE LOS INSUMOS NECESARIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LOS PACIENTES POSTRADOS

Observaciones Anteriores

Ficha Licitación N° 2389-34-L109 EQUIPAMIENTO PARA ASISTENCIA PACIENTES POSTRADOS

Contenidos Bases	Documentación Anexa
<ul style="list-style-type: none">» 1.- Organismo Demandante» 2.- Contacto para esta Licitación» 3.- Antecedentes Administrativos» 4.- Etapas y Plazos» 5.- Requisitos Mínimos para Participar de la Licitación» 6.- Instrucciones para Presentaciones de Ofertas» 7.- Criterios de Evaluación» 8.- Montos y Duración del Contrato» 9.- Productos / Servicios Requeridos	

1.- Organismo Demandante

Razón Social	Ilustre Municipalidad de Pucón
Unidad de compra	Departamento de Salud
R.U.T.	69.191.600-6
Dirección	AV. BERNARDO O'HIGGINS 483
Comuna	Pucón
Región en que se genera la Adquisición	Región de la Araucanía

2.- Contacto para esta Licitación

Nombre completo	ROMAN AVACA, GABRIELA
Cargo	ADMINISTRATIVO
Teléfono	56 45-441113-
Fax	56 45-441113-
E-Mail	adquisicion@municipalidad.puccon.cl

3.- Antecedentes Administrativos

Número de Adquisición	2389-34-L109
Nombre de Adquisición	EQUIPAMIENTO PARA ASISTENCIA PACIENTES POSTRADOS
Estado	Cerrada
Descripción	DOTAR AL EQUIPO TECNICO DE LOS INSUMOS NECESARIOS PARA REALIZAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LOS PACIENTES POSTRADOS
Tipo de Adquisición	Pública - Licitación Pública Menor a 100 UTM (L1)

Tipo de Convocatoria	ABIERTO
----------------------	---------

Moneda	Peso Chileno
--------	--------------

Etapas del Proceso de Apertura	Una Etapa
--------------------------------	-----------

Fundamento de la Licitación	Licitación Pública
-----------------------------	--------------------

4.- Etapas y Plazos

Fecha de Publicación	11-06-2009 17:43:07
----------------------	---------------------

Fecha de Cierre de Recepción de Oferta	16-06-2009 16:00:00
----------------------------------------	---------------------

Fecha de Acto de Apertura Técnica	16-06-2009 16:10:00
-----------------------------------	---------------------

Fecha de Acto de Apertura Económica	16-06-2009 16:10:00
-------------------------------------	---------------------

Fecha Inicio de Preguntas	11-06-2009 19:00:00
Fecha Final de Preguntas	15-06-2009 9:30:00
Fecha de Publicación de Respuestas	15-06-2009 10:30:00

5.- Requisitos Mínimos para Participar de la Licitación

Estar inscrito en algún registro ESTAR INSCRITO EN EL REGISTRO DE CHILE PROVEEDORES Y VIGENTE especial

6.- Instrucciones para Presentaciones de Ofertas

Antecedentes Económicos	A TRAVES DEL PORTAL EN FORMATO DIGITAL
Antecedentes Administrativos	A TRAVES DEL PORTAL EN FORMATO DIGITAL
Antecedentes Técnicos	A TRAVES DEL PORTAL EN FORMATO DIGITAL

7.- Criterios de Evaluación

Técnico	Calidad Técnica de los Bienes o Servicios - 50%	EQUIPO DE COMPROBADA TERRENO, CERTIFICACIONES	CALIDAD EN
	Servicio o Asistencia Técnica - 50%	GARANTIA MINIMO DE 24 MESES Y 6 MESE PARA ACCESORIOS, SERVICIO TECNICO ACCESIBLE	

8.- Montos y Duración del Contrato

Estimación en Base a	Precio Referencial
Moneda	Peso Chileno
Monto Total Estimado	1.500.000,00
Duración de Contrato	Contrato de Ejecución Inmediata
Modalidad de Pago de Contrato	a 30 días

Subcontratación

Prohibición de Subcontratación No se prohíbe SubContratación

9.- Productos / Servicios Requeridos

Nº	Clasificación ONU	Cantidad	Unidad de Medida	Descripción	Producto o Servicio a contratar
1	41111508	2	Unidad	SE REQUIERE LA COMPRA DE 1 BALANZA CON MEDICION DE IMC Y GRASA CORPORAL, QUE CONTENGA PANTALLA DE NUMEROS GRANDES PARA UNA FACIL LECTURA, BOTON DE ENCENDIDO/APAGADO, CON CAPACIDAD HASTA 150 KG, CON GARANTIAS MINIMA DE 1 AÑO, CON MEMORIA INDIVIDUAL PARA 4	Básculas de medición del peso corporal
2	42181904	1	Unidad	CON SISTEMA DE MEDICION OSCILOMETRICA ASCENDENTE, INDICADOR DIGITAR DE PRESION ARTERIAL SISTOLICA, DIASTOLICA Y	Unidades de transporte o de señales vitales móviles de multiparámetro o accesorios

ARTERIAL MEDIA,
FRECUENCIA DE
PULSO,
SATUROMETROS
INCLUIDO, ALARMA
AJUSTABLE, CON
OPERADOR MANUAL Y
CICLO AUTOMATICO
PROGRAMABLE, CON
CONECCION

3 42295415 100 Unidad SE REQUIERE LA ADQUISICION DE 100 EQUIPOS DE CURACION DESECHABLE QUE CONTENGA TIJERAS CON PUNTA, PINZA ANATOMICA, PINZA QUIRURGICAS, TORULAS Y APOSITOS, ADJUNTAR FOTOGRAFIAS

Cubiertas de equipo quirúrgico

Ficha Licitación N° 2389-34-L109 EQUIPAMIENTO PARA ASISTENCIA PACIENTES POSTRADOS

Contenidos Bases	Documentación Anexa
<ul style="list-style-type: none">» 1.- Organismo Demandante» 2.- Contacto para esta Licitación» 3.- Antecedentes Administrativos» 4.- Etapas y Plazos» 5.- Requisitos Mínimos para Participar de la Licitación» 6.- Instrucciones para Presentaciones de Ofertas» 7.- Criterios de Evaluación» 8.- Montos y Duración del Contrato» 9.- Productos / Servicios Requeridos	

1.- Organismo Demandante

Razón Social	<u>Ilustre Municipalidad de Pucón</u>
Unidad de compra	Departamento de Salud
R.U.T.	69.191.600-6
Dirección	AV. BERNARDO O'HIGGINS 483
Comuna	Pucón
Región en que se genera la Adquisición	Región de la Araucanía

2.- Contacto para esta Licitación

Nombre completo	ROMAN AYACA, GABRIELA
Cargo	ADMINISTRATIVO
Teléfono	56-45-441113-
Fax	56-45-441113-
E-Mail	adquisiciones@municipalidaddepucon.cl

3.- Antecedentes Administrativos

Número de Adquisición	2389-34-L109
Nombre de Adquisición	EQUIPAMIENTO PARA ASISTENCIA PACIENTES POSTRADOS
Estado	Cerrada
Descripción	BOTAR AL EQUIPO TECNICO DE LOS INSUMOS NECESARIOS PARA REALIZAR LA ATENCION DOMICILIARIA DE LOS PACIENTES POSTRADOS
Tipo de Adquisición	Pública - Licitación Pública Menor a 100 UTM (L1)
Tipo de Convocatoria	ABIERTO
Moneda	Peso Chileno
Etapas del Proceso de Apertura	Una Etapa
Fundamento de la Licitación	Licitación Pública

4.- Etapas y Plazos

Fecha de Publicación	11-06-2009 17:43:07
Fecha de Cierre de Recepción de Oferta	16-06-2009 16:00:00
Fecha de Acto de Apertura Técnica	16-06-2009 16:10:00
Fecha de Acto de Apertura Económica	16-06-2009 16:10:00

ARTERIAL MEDIA,
FRECUENCIA DE
PULSO,
SATUROMETROS
INCLUIDO, ALARMA
AJUSTABLE, CON
OPERADOR MANUAL Y
CICLO AUTOMATICO
PROGRAMABLE, CON
CONEXION

3 42295415 100 Unidad SE REQUIERE LA ADQUISICION DE 100 EQUIPOS DE CURACION DESECHABLE QUE CONTENGA TIJERAS CON PUNTA, PINZA ANATOMICA, PINZA QUIRURGICAS, TORULAS Y APOSITOS, ADJUNTAR FOTOGRAFIAS Cubiertas de equipo quirurgico

Recepción de Mercaderia Nro.: 00000128 Año : 2009

NOMBRE PROVEEDOR

RUT N° :078124770-7, Razon Social : CODIMED CHILE LIMITADA - Telefono: 2224571

FECHA DE RECEPCION : 28/07/2009

DOCUMENTOS

Nº O/C: 2009-00000260 , Tipo de Documento : FACTURA , Nº DOCUMENTO: 70982

Numero de Pedido : 00000250.-

Destinado : DIRECTOR

OBSERVACION : COMPRA DE EQUIPAMIENTO PARA ATENCION DE PACIENTES POSTRADOS

CODIGO	DESCRIPCION Y UNIDAD	BODEGA	CANTIDAD O/C	RECEPCIONADO	SALDO O/C	OBSERVACION
FA00100	EQUIPO DE CURACION DESECHABLE	00001-BODEGA CENTRAL	100.000	100.000	0.000	
EM00013	BALANZA CON MEDICION DE IMC Y GRASA CORPORAL	00001-BODEGA CENTRAL	2.000	2.000	0.000	

VALOR TOTAL RECEPCIONADO EN ESTE DOCUMENTO	242,760.
VALOR TOTAL ORDEN DE COMPRA	242,760.

Se han impreso(s) Página(s) 1 de 1.



SILVANA URRA ESPARZA
ENCARGADA DE BODEGA

Salida de Mercaderia Nro.: 00000339 Año : 2009

FECHA DE SALIDA : 28/07/2009

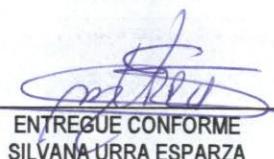
DOCUMENTOS

Pedido de Materiales N° : 00000250-2009
Repcion N° : 00000128

OBSERVACION : EQUIPAMIENTO PARA ATENCION DE PACIENTES POSTRADOS

CODIGO	DESCRIPCION	BODEGA	CANTIDAD	OBSERVACION	CENTRO COSTO
EM00013	BALANZA CON MEDICION DE IMC Y GRASA CORPORAL	00001-BODEGA CENTRAL	2.000	2009-00000260	010301
FA00100	EQUIPO DE CURACION DESECHABLE	00001-BODEGA CENTRAL	100.000	2009-00000260	010301

Se han impreso 1 páginas.



ENTREGUE CONFORME
SILVANA URRA ESPARZA



SRA. KARIN VALLETTE ISLA
RECIBI CONFORME