



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

Decreto N°  
Pucón,

613  
14/09/2009

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 de 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

: MEDICALTEK CHILE S.A. Rut 096696000-0  
: 29.155 VEINTINUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS  
: INSUMO PARA TOMA DE MUESTRAS DE ORINA DE USUARIOS CTA  
PUCON.

14/09/2009

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
FACTURA	23739	09/09/2009	29,155

Anótese comuníquese y Archívese.

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

CÓDIGO CUENTA	DETALLE	DEBE	HABER
114-05-20-000-000-000	Programa de Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA)	29,155	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		29,155
	Sumas Iguales	29,155	29,155

## REFRENDACION



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

I. MUNICIPALIDAD DE PUCON  
AREA SALUD

Fecha 15/09/2009  
Hora 09:29:01

## TRASPASO

Comprobante	205	Fecha	14/09/2009
Rut	096696000-0	Nombre	MEDICALTEK CHILE S.A.
Departamento	PROGRAMA	Centro Costo	
Tipo Doc.	FACTURA	Numero Doc.	23739
Glosa	INSUMO PARA TOMA DE MUESTRAS DE ORINA DE USUARIOS CTA PUCON.		

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)		29,155
214-05-20-000-000-000	Programa de Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA)	29,155	
Total		29,155	29,155



PREPARADO POR

JEFE DE CONTABILIDAD

D.A.F.

CONTROL



EE732 °N

Spinele  
10/09/09  
18:25 AM

**MEDICALTEK CHILE S.A.**  
VENTA ARTICULOS MEDICOS  
AVDA. SANTA ELENA N° 1134 - Santiago - Chile  
Teléfono: ( 56-2 ) 364 9255 Fax: ( 56-2 ) 364 9322  
e - mail: ventas@medicaltek.cl  
**Sucursal Santiago:** Moneida 856 - Local F - Santiago Centro  
Teléfono: 364 9249 - Fax: 364 9254.  
**Sucursal Osorno:** Zenteno 1308 - Fono/Fax: (64) 55 7758 - Osorno  
[www.medicaltek.cl](http://www.medicaltek.cl)

D.P. 613  
E.P. - 613  
+ : 205

R.U.T. 96.696.000-0

## FACTURA

Nº 23739  
23739

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

Santiago, 9 de SEPTIEMBRE de 2009

**MedicalTek**  
insumos médicos

Señor(es) LUDWIG WILHELM DE PUCCON

Atención \_\_\_\_\_ DPTO. DE SALUD

Dirección MANSOBERIA 882

Teléfono 293130 RIUT 69 181 600-6

Ciudad \_\_\_\_\_ PUCÓN

Vendedor

Nota de pedido

O/C

Condiciones de pago 30 DIAS

Cantidad	Código	Descripción	Valor Unitario	Total
150 200	FCE001 MGL200	Frasco de Orina Estéril de 100 ml con tapa roja Guante Procedimiento Látex M	\$18,00 \$34,00	17.700 6.800
		COPIA DE FACTURA NO DA DERECHO A CREDITO FISCAL		
Son:	VEINTINUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.			
Cancelado: Santiago	de	de	S.E.u.O.	
RECIBI CONFORME: Fecha: _____ de _____ de _____	"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)."			
Nombre: _____ R.U.T.: _____				
Recinto: _____ Firma: _____				
"Ley de esta factura debe efectuar su cumplimiento dentro de los 30 días siguientes a su expedición."				

GRACO, Impresores, R.U. 3.426.134-2 - E/FQX 551 7735

Son: VEINTINUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.

Cancelado: Santiago de Chile, 10 de junio de 1998

"El acuse de

**RECIBI CONFORME:** Fecha: \_\_\_\_\_

— de

**RECIBI CONFORME:** Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Eirr

El pago de esta factura debe efectuarse con cheque nominativo y cruzado a la orden de MEDICALTEK S.A.

"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)".

## TRIPPLICADO: CONTROL TRIBUTARIO

0-000.000.00 T.U.R

FACTURA

RESULTS



# I. MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

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

D.P.: 613  
E.P.: 613  
T: 205

# ORDEN DE COMPRA

Nº 2009-00000347

OBLIGACION Nro 0

Pucón, 01 de Septiembre de 2009

**SR.(ES)** MEDICALTEK CHILE S.A.  
**DIRECCION** SANTA ELENA NO 1134  
**FONO** 3649255

R.U.T. Nº 096696000-0  
CIUDAD SANTIAGO  
FAX 3649322

SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR, LO SIGUIENTE:

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	DETALLE	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
FA00223	150.00	UNIDADES	FRASCOS PARA MUESTRAS DE ORINA	140.420	21.063
DT00167	2.00	CAJAS	GUANTES MEDIUM	4.046.000	8.092
				SUB-TOTAL	24.500
				RECARGO	0
				SUB-TOTAL	0
				DESCUENTO	0
IMPORTANTE: DEBE INDICAR Nº DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR				SUB-TOTAL	24.500
SOLICITADO POR DIRECTOR				19 %	4.655
SOLICITUD DE PEDIDO Nº 00000335					
DESTINADO A INSUMOS PARA TOMA DE MUESTRAS DE ORINA DE USUARIOS CTA PUCON				TOTAL	29.155

FORMULARIO FORMULARIOS CONTINUOS LOS ANGELES LIMITADA | R.U.T.: 78.443.840-6 | BUENES 757 | FONO/FAX (45) 320489 | LOS ANGELES



JEFE FINANZAS DEPTO. SALUD



DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL

CUENTA PRESUPUESTARIA

**Pucon**  
www.pucn.cl

01-09-2009



## PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2009-00000335

Nº INTERNO : 000176  
SOLICITANTE : 01-DIRECTOR  
DIREC Y ENCARGADOS : 06-DIRECTOR  
03-DIRECTOR

FECHA : 01.09.2009

DESTINO : 01-DIRECTOR  
DIREC Y ENCARGADOS : 06-DIRECTOR  
03-DIRECTOR

ITEM	CODIGO	CANT.	U.DE MEDIDA	NOMBRE O DESCRIPCION DEL ITEM	CUENTA	SALDO
1	FA00223	150	UNIDADES	FRASCOS PARA MUESTRAS DE ORINA	114-05-20-000-000-000	0
2	DT00167	2	CAJAS	GUANTES MEDIUM	114-05-20-000-000-000	0

OBS PEDIDO :  
SOLICITA SRA MARIA ANGELICA FRANCO

JUSTIFICACIÓN:  
INSUMOS PARA TOMA DE MUESTRAS DE ORINA DE USUARIOS CTA PUCON



Cot 351

## SOLICITUD DE PEDIDO

PUCON, 13 De Mayo 2009

CANTIDAD	DETALLE
150	GUANTES QUIRURGICOS
150	DEPOSITOS DE ORINA ADULTOS

Para ser destinados a la aplicación de screening a usuarios del Centro.

Atentamente a Ud.



## Adquisiciones Salud, Pucón

**De:** Jorge Flores [jflores@medicaltek.cl]  
**Enviado el:** Miércoles, 05 de Agosto de 2009 18:01  
**Para:** adquisalud@municipalidadpucon.cl  
**Asunto:** RV: SOLICITO COTIZACION  
**Datos adjuntos:** Hiedra.gif

Gabriela,  
Los precios unitarios netos más IVA son:

- Guantes Latex S, M , L , \$ 34 c/u, caja 100 unidades → \$ 3.400.-
- Mascarilla con elástico, \$ 4.300 la caja 50 unidades
- Frasco Orina, \$ 118 c7u

→ 10 lgs. Roman  
so dental.

Cualquier duda por favor me la comunicas.  
Atte.

Jorge Flores R.  
Sub-Gerente Ventas  
Tel.: 562-364-9276  
Fax. 562-364-9322  
Cel.: 8-239-2529  
Medicaltek Chile S.A.

---

**De:** Adquisiciones Salud, Pucón [mailto:adquisalud@municipalidadpucon.cl]  
**Enviado el:** miércoles, 05 de agosto de 2009 13:55  
**Para:** goperaciones@medicaltek.cl  
**Asunto:** SOLICITO COTIZACION

Señores Medicaltek

Necesito cotizar lo siguiente  
Guantes de latex (cajas)  
Mascarillas con elásticos (cajas)  
Depósitos para toma de muestra de orina

Gracias  
Gabriela

---

*Gabriela Roman Avaca  
Encargada de Adquisiciones  
Departamento de Salud  
Municipalidad de Pucón  
Fono / Fax: 45 - 441113*