

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

: 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.

Fecha de Pago

: 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

Cuenta	114-05-20-000-000-000			
Presupuesto Votado	5,380,475			
Total Comprometido	5,380,475			
Saldo x Comprometer	0			

SECRETARIA MUNICIPAL
PUCÓN

ADMINISTRADOR MUNICIPAL
PUCÓN

DIRECTOR DE CONTROL
DIRECCION DE CONTROL
PUCÓN

JEFE SECC. FINANZAS DEPTO. SALUD
FINANZAS
Depto. Salud
PUCÓN

CH: 5516

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	N° Cheque		Fecha Cheque	/ /
Decreto pago		N° 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

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: Moneda 856 - Local F - Santiago Centro
Teléfono: 364 9249 - Fax: 364 9254
Sucursal Osorno: Zenteno 1308 - Fono/Fax: (64) 55 7758 - Osorno
www.medicaltek.cl



R.U.T. 96.696.000-0

FACTURA

N° 23739

23739

S.I.I. SANTIAGO CENTRO

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2010

Santiago, 9 de SEPTIEMBRE de 2009

Señor(es) I. MUNICIPALIDAD DE PUCÓN
Atención DPTO. DE SALUD
Dirección M. ANSORENA 662 Ciudad PUCÓN
Teléfono 293130 R.U.T. 69,191,600-6 Giro _____
Vendedor OFICINA Nota de pedido _____
O/C N° 347 Guía de despacho _____ Condiciones de pago 30 DÍAS

Cantidad	Código	Descripción	Valor Unitario	Total
150	FOE001	Frasco de Orina Estéril de 100 ml con tapa roja	118,00	17.700
200	MGL200	Guante Procedimiento Látex M	34,00	6.800
<div>RECIBO DE ENTREGA I. MUNICIPALIDAD DE PUCÓN DPTO. DE SALUD M. ANSORENA 662 PUCÓN FECHA DE SALIDA: 10.09.09 FECHA DE ENTREGA: 10.09.09 DEPTO. DE SALUD</div>				
Son: <u>VEINTINUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.</u>			Exento \$	
			Descuento \$	
			Recargo \$	
			Neto \$	24.500
			% I.V.A. \$	4.655
			Total \$	29.155

RECIBI CONFORME: Fecha: _____ de _____ de _____
Nombre: _____ R.U.T.: _____
Recinto: _____ Firma: _____

"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)".

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

ORIGINAL: CLIENTE

MEDICALTEK CHILE S.A.
VENTA ARTÍCULOS MÉDICOS
AVDA. SANTA ELENA N° 1134 - Santiago - Chile
Teléfono: (56-2) 364 9252 - Fax: (56-2) 364 9252
e-mail: ventas@medicaltek.cl
Sucursal Santiago: Michoacán 824 - Local F - Santiago Centro
Teléfono: 364 9249 - Fax: 364 9254
Sucursal Osorno: Zenteno 1708 - Fonofax: (56) 55 1758 - Osorno
www.medicaltek.cl



R.U.T. 96.696.000-0
FACTURA
N° 53739
2009

S.I.L. SANTIAGO CENTRO
FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2010
Santiago 9 de SEPTIEMBRE de 2009

Gen(er)al: _____
Atención: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Verificador: _____
C/C: _____
N° de documento: _____
Código de pago: _____
Nota de pedido: _____
Código: _____

Código	Descripción	Valor Unitario	Total
150	Presos de Clínica Estomatológica	110.00	17.700
200	Gastos Prehospitalarios	24.00	3.800
<div data-bbox="470 934 1023 1308"><p>I. MUNICIPALIDAD DE PUCÓN DEPARTAMENTO DE SALUD N° DE REGISTRO: 2033 FECHA DE ENTRADA: 10.09.09 FECHA DE SALIDA: _____ DEPTO.: Salud</p></div> <div data-bbox="795 1308 1015 1532"><p>MUNICIPALIDAD DIRECTOR DEPTO. SALUD PUCÓN</p></div> <div data-bbox="941 1445 1282 1594"><p>J. ORREGO MALIQUEO DIRECTOR DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL</p></div>			
<div data-bbox="81 1532 406 1756"><p>Detalle: Descuento: Recargo: Neto: I.V.A.: Total:</p></div>			

RECIBI CONFORME: Fecha: _____ de _____ de _____
Nombre: _____
R.U.T.: _____
Firma: _____
El pago de esta factura debe efectuarse con cheque nominativo y girado a la orden de MEDICALTEK S.A.
El cliente de recibo que se declaró en esta oportunidad, declara que el contenido de la factura es correcto y que el pago de la misma se efectuará de acuerdo a lo establecido en la Ley 17.907, artículo que la entrega de mercancías o servicios (prestados) por el proveedor debe recibirlos.

SpSurolo
09/09/09
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: Moneda 856 - Local F - Santiago Centro
Teléfono: 364 9249 - Fax: 364 9254
Sucursal Osorno: Zenteno 1308 - Fono/Fax: (64) 55 7758 - Osorno
www.medicaltek.cl

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

R.U.T. 96.696.000-0

FACTURA

N° 23739
23739

MedicalTek
insumos médicos

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

Santiago, 9 de SEPTIEMBRE de 2009

Señor(es) MONSIEUR DE PUCÓN
Atención DPTO. DE SALUD
Dirección M. ANSORENA 862 Ciudad PUCÓN
Teléfono 293130 R.U.T. 69.191.600-6 Giro _____
Vendedor OFICINA Nota de pedido _____
O/C N° 347 Guía de despacho _____ Condiciones de pago 30 DIAS

Cantidad	Código	Descripción	Valor Unitario	Total
150	FOE001	Frasco de Orina Estéril de 100 ml con tapa roja	118,00	17.700
200	MGL200	Guante Procedimiento Latex M	34,00	6.800
COPIA DE FACTURA NO DA DERECHO A CREDITO FISCAL				
Son: VEINTINUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS 00/100 M.N.			Exento \$	
Cancelado: Santiago de de Firma: S.E.U.O.			Descuento \$	
			Recargo \$	
			Neto \$	24.500
			% I.V.A. \$	4.655
			Total \$	29.155

RECIBI CONFORME: Fecha: _____ de _____ de _____
Nombre: _____ R.U.T.: _____
Recinto: _____ Firma: _____

"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)".

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

TRIPPLICADO: CONTROL TRIBUTARIO

TRIPPLICADO: CONTROL TRIBUTARIO

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

Recibo de esta factura debe efectuarse con cheque nominativo y girado a la orden de MEDICALTEK S.A.

RECIBI CONFORME: Fecha: _____ de _____ de _____
Nombre: _____ R.U.T.: _____
Firma: _____

El presente documento es válido para el pago de la factura en el momento de su emisión.

Cancelador: Santiago de _____ de _____

Total \$ 22.125
IVA \$ 3.657
Total \$ 25.782

VENTAS AL POR MAYOR Y AL POR MENOR

DERECHO A CREDITO FISCAL
COPIA DE FACTURA NO DA

PEDRO J. ORREGO MALIQUEO
DIRECTOR
DEPARTAMENTO SALUD MUNICIPAL

Cantidad	Código	Descripción	Valor Unitario	Total
150	POB001	Presión de Tensión Arterial (PTA) con sensor de onda	918,00	137.700
300	INC000	Guante Estéril	31,00	9.300

O/C: _____ Condición de pago: _____

Vendedor: _____ Nota de pedido: _____

Teléfono: _____ R.U.T.: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Atención: _____

Servicio: _____

Fecha vigencia emisión hasta 31 DICIEMBRE 2010

S.I.L. SANTIAGO CENTRO

FACTURA

Nº 23739

R.U.T. 96.666.000-0

www.medicaltek.cl
Sucursal Osorno: Ventas y Atención al Cliente
Sucursal Santiago: Moneda 656 - Local 1 - Santiago Centro
Teléfono: 364 2342 - Fax: 364 2342
e-mail: ventas@medicaltek.cl
Teléfono: 364 2342 - Fax: 364 2342
AVDA. SANTA ELENA N° 1134 - Santiago - Chile
VENTA ARTÍCULOS MÉDICOS
MEDICALTEK CHILE S.A.



I. MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

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

D.P.: 613
E.P.: 613
+ : 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 PUCÓN				TOTAL	29,155

FORMULARIO CONTINUOS LOS ANGELES (LIMITADA) (R.U.T.: 78.443.840-6) (BUENOS AIRES) (FONO/FAX: (43) 320489) (LOS ANGELES)



JEFE FINANZAS DEPTO. SALUD



DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL

CUENTA PRESUPUESTARIA

Pucon



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.



[Signature]
MARIA ANGELICA FRANCO S
Coordinadora
Centro de Tratamiento Ambulatorio

Adquisiciones Salud, Pucón

De: Jorge Flores [jflores@medcaltek.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 → 10 leg's Roman
- Frasco Orina, \$ 118 c7u 50 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
Medcaltek Chile S.A.

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

Señores Medcaltek

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