



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 Aprobado por DFL N°1 2006 Interior.
- 3.- Decreto Exento N° 1405 emitido con fecha 17 de Agosto del año 2009, que delega la función de Firma por orden de la Sra. Alcaldesa al Administrador Municipal.

DECRETO

La Dirección de Administración

Y Finanzas, pagara a Don

La cantidad de \$

Por concepto de

Fecha de Pago

: MAYORDENT DENTAL LIMITADA Rut 076271360-8

: 108,190 CIENTO OCHO MIL CIENTO NOVENTA PESOS

: INSUMOS PARA CLINICA DENTAL DEL DEPTO. DE SALUD

: 23/10/2009

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
FACTURA	78155	16/10/2009	108,190

Anótese comuníquese y Archívese.

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

CÓDIGO CUENTA	DETALLE	DEBE	HABER
215-22-04-005-000-000	Materiales y Útiles Quirúrgicos		108,190
532-04-00-000-000-000	Materiales de Uso o Consumo	108,190	
215-22-04-005-000-000	Materiales y Útiles Quirúrgicos	108,190	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		108,190
Sumas Iguales		216,380	216,380

REFRENDACION

Cuenta	215-22-04-005-000-000		
Presupuesto Vigente	13,500,000		
al Comprometido	12,998,854		
Saldo x Comprometer	501,146		

SECRETARIA MUNICIPAL

DIRECTOR DE CONTROL

ADMINISTRADOR Municipal

ADMINISTRADOR MUNICIPAL

FINANZAS DEPTO. SALUD





MAYORDENT DENTAL LIMITADA

**IMPORTADORES Y REPRESENTANTES DE
ARTICULOS MEDICOS Y DENTALES**

FONOS: (041) - 2851364 - 2851365 - 2851366 - 2851367

FAX: (041) 2851368

CASTELLON 339 INT. - CASILLA 2462 - CONCEPCION

e-mail: mayordent@entelchile.net

www.mayordent.cl

R.U.T.: 76.271.360-8

FACTURA

N° 078155

S.I.I. CONCEPCION

Fecha Vigencia Emisión hasta 31 diciembre 2009

FECHA
16 DE OCTUBRE DE 2009

14:05:14

F/78155

SEÑOR(ES)

I. MUNICIPALIDAD DE PUCON

DIRECCION:

AVDA. BERNARDO OHIGGINS 483

COMUNA

PUCON

FONO

45-293115

R.U.T. 191.600-6

CLIENTE

O. DE COMPRA

DC-411

VENDEDOR

OFICINA

COND. DE VENTA

CREDITO 30 DIAS

GIRO NEGOCIO

SERVICIO PUBLICO

GUIA	CODIGO	CANTIDAD	DETALLE	UNIDAD	P. UNITARIO	% DESCTO.	TOTAL
15263	31.00	✓	ALGODON TORULAS Nº 2 TRENZADA X 500 UDS. PAGO FACTURA CTA. CTE. 225-05412-04 BANCO CHILE	BL.	2.932,77		90.916,

SON:

DR. ARMIN TRONCOSO DURÁN

Cirujano Dentista

Redondeo

CANCELADO

GRACIAS POR SU PREFERENCIA

FECHA:

NETO \$ **90.916**

I.V.A. \$ **17.274**

TOTAL \$ **108.190**

Nombre:

R.U.T.:

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).

**NOTA : SIRVASE CANCELAR CON CHEQUE CRUZADO Y NOMINATIVO A NOMBRE DE
MAYORDENT DENTAL LIMITADA**

ORIGINAL : CLIENTE



ORDEN DE TRANSPORTE
(No negociable)

www.pullman.cl

15419607

Cite este número de envío en las consultas

15419607

N° OR	Origen	Destino
N° Guía/Fact. Cliente	10	ZPU

Consultas al : 600 320 3200

AGENCIA	FECHA (DD/MM/AAAA)	HRS:	1 ☐ OVERNIGHT	1 ☐ OFICINA	1 ☐ CTA.CTE.
H01	17-10-2009	13:23	2 ☒ EXPRESO	2 ☒ DOMICILIO	2 ☒ CONTADO
001152			3 ☐ CARGA GRAL.	3 ☐ AVISO FONO	3 ☐ X PAGAR

Cta. Cte.	Cta. Cte.
H29006-7	R.U.T. 76271360-8
Remitente	Destinatario
MAYORDENT DENTAL LIMITADA	MUNICIPALIDAD DE PUCON
Dirección	Dirección
AVDA CASTELLON 339	CALL DOM. 0
Comuna	Comuna
CONCEPCION	PUCON
Fono	Fono 0
41-914092	

Cód.	Producto	Cant.	Dimensiones Totales (Mts)	Peso Total (Kg)	Peso a Cobrar (Kg)	Seguro Adicional
	BULTO	1	0 x 0 x 0 x	7		Valor declarado \$ 0.-
						Valor Flete \$ 3.400.-

Dice Contener	LUIS ELGUTA P.

N° Móvil	R.U.T. Destinatario	
Firma	Firma Remitente	Firma

Seguro Adicional
Valor declarado \$ 0.-
Valor Flete \$ 3.400.-
Valor Fono \$ 0.-
Seguro \$ 0.-
Embalaje u Otros Cargos \$ 3.400.-
TOTAL \$

RESPALDO RECEPCION CONFORME



PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2009-00000396

Nº INTERNO : 39

FECHA

: 14.10.2009

SOLICITANTE : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 04-CLINICA DENTAL
01-CLINICA DENTAL

DESTINO : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 04-CLINICA DENTAL
01-CLINICA DENTAL

ITEM	CODIGO	CANT.	U.DE MEDIDA	NOMBRE O DESCRIPCION DEL ITEM	CUENTA	SALDO
1	FA00051	31	UNIDADES	TORULAS DE ALGODON TRENZADAS	215-22-04-005-000-000	0

OBS PEDIDO :
SOLICITA SR., ARMIN TRONCOSO

JUSTIFICACIÓN:
INSUMOS PARA CLINICA DENTAL DEL DEPTO. DE SALUD



cat 418



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 2009-00000411

OBLIGACION Nro 411

Pucón, 14 de Octubre de 2009 .-

SR.(ES) MAYORDENT DENTAL LIMITADA
DIRECCION CASTELLON Nº 339
FONO 2851366

R.U.T. Nº 076271360-8
CIUDAD CONCEPCION
FAX 2851368

SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR, LO SIGUIENTE:

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	DETALLE	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
FA00051	31.00	UNIDADES	TORULAS DE ALGODON TRENZADAS	3,490.000	108,190
				SUB-TOTAL	90,916
				RECARGO	0
				SUB-TOTAL	0
				DESCUENTO	0
IMPORTANTE: DEBE INDICAR Nº DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR				SUB-TOTAL	90,916
SOLICITADO POR CLINICA DENTAL				19 %	17,274
SOLICITUD DE PEDIDO Nº 00000396				TOTAL	108,190
DESTINADO A INSUMOS PARA CLINICA DENTAL DEL DEPTO. DE SALUD					

FORMULARIO L.T.D.A FORMULARIOS CONTINUOS LOS ANGELES LIMITADA R.U.T.: 78.443.840-6 (BUENOS AIRES) FONOS FAX (43) 320489 (LOS ANGELES)



JEFE FINANZAS DEPTO. SALUD



DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL

CUENTA PRESUPUESTARIA 215-22-04-005-000-000 108,190

Pucón
el centro del SUR de CHILE

REPORT DE TRANSMISSION

16 OCT. 2009 11:30

SU LOGO : DEPARTAMENTO SALUD
SU NÚMERO DE FAX : 045441113

NO.	OTRO FACSIMIL	HORA DE INICIO	DURACION	MOD0	PAGINAS	RESULTADO
01	188412851368	16 OCT. 11:28	01'55	TRANS	01	OK

APAGAR REPORTE, PRESIONE 'MENU' #04.
SELECCIONE OFF USANDO '+' O '-'.
#