



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 función de firmar "Por Orden de la Sra. Alacaldesa" al Sr. Administrador Municipal.

DECRETO

La Dirección de Administración
Y Finanzas, pagara a Don
La cantidad de \$

Por concepto de
INSUMOS DESTINADOS A LA UNIDAD DENTAL, ENFERMERIA Y
DIRECCION.

Fecha de Pago : 05/03/2010

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
FACTURA	15164	18/02/2010	133,450

Anótese comuníquese y Archívese.

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

CÓDIGO CUENTA	DETALLE	DEBE	HABER
215-22-07-002-000-000	Servicios de Impresión		133,450
532-07-00-000-000-000	Publicidad y Difusión	133,450	
215-22-07-002-000-000	Servicios de Impresión	133,450	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		133,450
	Sumas Iguales	266,900	266,900

REFRENDACION

Cuenta	215-22-07-002-000-000	
Impuesto Vigente	6.090,500	
Convenio Comprometido	1.107,713	
Saldo Convenio Comprometer	4,982,787	

SECRETARIA MUNICIPAL

GLADIELA MATUS PANGUILE

100 03. 2010

SECRETARIA MUNICIPAL

MUNICIPALIDAD
PUCÓN
DIRECCION
CONTROL
DIRECTOR DE CONTROL

MUNICIPALIDAD
PUCÓN
ADMINISTRADOR
Municipal
MARCELO CONCHA VILLAGRA

ADMINISTRADOR MUNICIPAL

MUNICIPALIDAD
PUCÓN
FINANZAS
Dept. Salud
RENE ABURTO SAN MARTIN
JEFE SECC. FINANZAS AREA SALUD

PUCÓN
Centro del SUR de CHILE

**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** 2010-00000048

OBLIGACION Nro 116

Pucón, 12 de Febrero de 2010

SR.(ES) IMPRESOS SAN JOSE LIMITADA
DIRECCION MANUEL MATTA 807
FONO 411822

R.U.T. Nº 077908830-8
CIUDAD VILLARRICA
FAX 411324

SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR, LO SIGUIENTE:

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	DETALLE	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
IM00099	4.00	BLOCK	FICHA APLICACION KATZ	7,500.000	30,000
IM00052	2.00	UNIDADES	FICHAS ODONTOLOGICAS 2 BLOCK (1000 UNIDADES C/U)	32,725.000	65,450
IM00035	1.00	UNIDADES	TIMBRE AUTOMATICO	13,500.000	13,500
IM00100	400.00	UNIDADES	TARJETA CONTROL DE EXISTENCIA	61.250	24,500
				SUB-TOTAL	112,143
				RECARGO	0
				SUB-TOTAL	0
				DESCUENTO	0
				SUB-TOTAL	112,143
				19 %	21,307
				TOTAL	133,450

IMPORTANTE: DEBE INDICAR N° DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR

SOLICITADO POR DIRECTOR

SOLICITUD DE PEDIDO N° 00000044

DESTINADO A INSUMOS DESTINADOS A LA UNIDAD DENTAL, ENFERMERIA Y DIRECCION.

FORMULARIO DE FORMULARIOS CONTINUOS LOS ANGELES LIMITADA | R.U.T.: 78-443.840-6 | BULNES 757 | FONO/FAX (43) 320489 | LOS ANGELES



CUENTA PRESUPUESTARIA 215-22-07-002-000-000 133,450

Pucón
 el centro del SUR de CHILE



PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2010-00000044

Nº INTERNO : 000027

SOLICITANTE

DIREC Y ENCARGADOS

: 01-DIRECTOR

: 06-DIRECTOR

: 03-DIRECTOR

FECHA

: 12.02.2010

DESTINO

DIREC Y ENCARGADOS

: 01-DIRECTOR

: 06-DIRECTOR

: 03-DIRECTOR

ITEM	CODIGO	CANT.	U.DE MEDIDA	NOMBRE O DESCRIPCION DEL ITEM	CUENTA	SALDO
1	IM00099	4	BLOCK	FICHA APLICACION KATZ	215-22-07-002-000-000	5555512
2	IM00052	2	UNIDADES	FICHAS ODONTOLOGICAS 2 BLOCK (1000 UNIDADES C/U)	215-22-07-002-000-000	5555512
3	IM00035	1	UNIDADES	TIMBRE AUTOMATICO	215-22-07-002-000-000	5555512
4	IM00100	400	UNIDADES	TARJETA CONTROL DE EXISTENCIA	215-22-07-002-000-000	5555512

OBS PEDIDO :

SOLICITA SRA. MARCELA ESPARZA, SR. TRONCOSO Y SRA. ODETTE CASTILLO.-

JUSTIFICACIÓN:

INSUMOS DESTINADOS A LA UNIDAD DENTAL, ENFERMERIA Y DIRECCION.



046

Adquisiciones Salud, Pucón

De: ventas.imprentasanjose.cl [ventas@imprentasanjose.cl]

Enviado el: Jueves, 04 de Febrero de 2010 10:41

Para: Adquisiciones Salud, Pucón

Asunto: Re: Talonarios

Hola Sra Gabriela,

vamos hacer 4 block de Ficha aplicación katz por \$ 30.000
2.000 fichas, cartulina 140 grs, 1/1 color, carta \$ 65.450
01 timbre automatico, redondo, \$ 13.500 ✓

Dental

OK

IM00099
IM00052
IM00033

Los valores incluyen IVA,

saludos,

**José Luis manzur A.
Impresos San José**

----- Original Message -----

From: ventas.imprentasanjose.cl
To: Adquisiciones Salud, Pucón
Sent: Tuesday, January 26, 2010 5:12 PM
Subject: Talonarios

Estimada Sra Gabriela;

Le envío presupuesto solicitado;

01 block Ficha aplicación Indice Katz, bond 80 1/0 color \$ 18.500
05 block Ficha aplicación Indice Katz, bond 80 1/0 color \$ 33.700

Los valores incluyen IVA,

Saludos cordiales,

**José Luis Manzur A.
Impresos San José**

Information from ESET NOD32 Antivirus, version of virus signature database 4805 (20100125)

The message was checked by ESET NOD32 Antivirus.

<http://www.eset.com>

400 Tarjetas control Existencias \$ 24.500. - ✓ IM00100
61,25%

— Total \$ 133.450:

MUNICIPALIDAD DE PUCON
DEPARTAMENTO DE SALUD

SOLICITUD DE PEDIDO

PUCON _ 29 _ de _ ENERO _ de _ 2010 _

DE: DR ARMIN TRONCOSO DURAN.

A: SRA. GABRIELA ROMAN.
ADQUISICIONES.
DEPTO. SALUD MUNICIPAL

1. Agradeceré a Ud., tenga a bien realizar la adquisición de los bienes y/o servicios

INSUMOS.

	CANTIDAD.
FICHAS CLINICAS ODONTOLOGICAS	2000 unidades

Atentamente a Ud,

Dr. Armin Troncoso Durán.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Armin Troncoso".

FIRMA SOLICITANTE

gabrielas
02/02/110

FICHA ODONTOLOGICAPERCAPITADO: / FECHA INGRESO:

/ PROGRAMA:

Paciente: _____ Edad: _____ F. Nacimiento: _____ Previsión: _____

Dirección: _____ Número _____ Teléfono _____ Ciudad _____

Examinado por: Dr. (a) _____ Motivo Consulta: _____

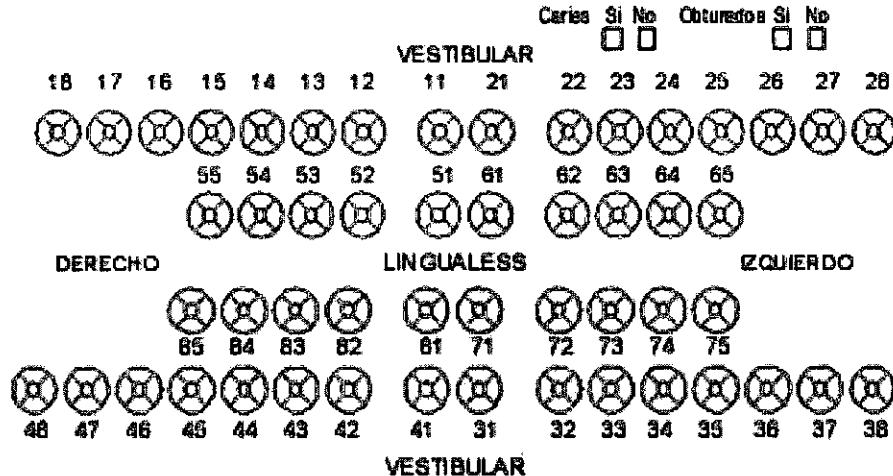
ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALESAlergias Cardiovasculares Diabetes Hipertensión Arterial Infecciones Otras Medicamentos: _____

Observaciones: _____

Firma Paciente _____

ANTECEDENTES ODONTOLOGICOSResp. Bucal: si no Frecuencia Cepillado: _____Bruxismo: si no Fumador: si no DDM: si no Portador Prótesis. si no

Tipo DDM _____ Malos hábitos: _____

EXAMEN DENTARIO**Códigos:**

Caries cavitada: Rojo.

Indicación de extracción: X

Caries incipiente: Verde.

Ausente: O

Sellante: S

Corona: //

Obturación: Azul

EXAMEN PERIODONTAL BASICO.

I	II	III
IV	V	VI

INDICESC.O.P.D.: c.e.o.d.: **RIESGO CARIOGENICO.**Alto: Moderado: Bajo: **Observaciones:**

EVOLUCION DEL TRATAMIENTO

<u>Observaciones del tratamiento, controles.</u>	<u>Entrega de kit de higiene.</u>	<u>Firma conforme tratamiento paciente.</u>

Si el adulto mayor fue calificado como **Autovalente sin riesgo**, debe ser derivado a acciones de promoción y prevención.

Si el adulto mayor fue calificado como **Autovalente con riesgo**, debe ser derivado a **médico y/o educar en la adherencia al Programa** que corresponda.

728111
22 B1VH

100 (teléfono) x4

Ficha de Aplicación del INDICE DE KATZ
Evaluá las Actividades Básicas de la Vida Diaria

Nombre..... Rut..... Edad..... Sexo.....

Actividades Básicas de la Vida diaria	Dependiente Leve	Dependencia Moderada	Dependencia Severa o POSTRADO
Bañarse	Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para lavarse alguna parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, y/o recibe ayuda para entrar y salir de la bañera	Totalmente incapacitado para darse un baño por sí mismo
Vestirse	Coge la ropa y se viste completamente, o recibe exclusivamente ayuda para atarse los zapatos	Recibe ayuda para coger la ropa y/o vestirse completamente	Totalmente incapacitado para vestirse por sí mismo
Usar el inodoro	Va al inodoro, se limpia y ajusta la ropa	Recibe ayuda para acceder al inodoro, limpiarse, ajustarse la ropa y/o recibe ayuda en el uso del orinal	Totalmente incapacitado para usar el inodoro
Trasladarse	Se levanta y se acuesta, se incorpora y sienta de manera independiente	Recibe ayuda personal o mecánica para realizar estas funciones	Totalmente dependiente para levantarse o acostarse o para incorporarse o sentarse o ambas
Continencia	Controla completamente los esfínteres de la micción y defecación	Incontinencia en la micción y/o defecación, parcial o total, o necesita control parcial o total por enema, sonda o uso regular de orinales	Depende totalmente de pañal, sonda o colostomía
Alimentarse	Sin ayuda	Necesita ayuda para comer o necesita ayuda sólo para cortar carne o untar el pan	Es alimentado por otra persona, por sonda o vía parenteral

Clasificación

Dependencia Leve	Se considera a una persona Dependiente Leve, aquella que no precisa ayuda o utiliza ayuda sólo para un componente de la actividad	
Dependencia Moderada	Es aquella persona que requiere de asistencia para más de un componente, pero puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión	
Dependencia Severa o Postrado	Es aquella persona que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión o guía para todos los componentes de la actividad.	

Recepción de Mercaderia Nro.: 00000035 Año : 2010

NOMBRE PROVEEDOR

RUT N°:077908830-8, Razon Social : IMPRESOS SAN JOSE LIMITADA - Telefono: 411822

FECHA DE RECEPCION : 02/03/2010

DOCUMENTOS

N° O/C: 2010-00000048 , Tipo de Documento : FACTURA , N° DOCUMENTO: 15164

Numero de Pedido : 00000044.-

Destinado : DIRECTOR

OBSERVACION : INSUMOS PARA UNIDAD DENTAL, ENFERMERIA Y DIRECCION

CODIGO	DESCRIPCION Y UNIDAD	BODEGA	CANTIDAD O/C	RECEPCIONADO	SALDO O/C	OBSERVACION
IM00099	FICHA APLICACION KATZ	00001-BODEGA CENTRAL	4.000	4.000	0.000	
IM00052	FICHAS ODONTOLOGICAS	00001-BODEGA CENTRAL	2.000	2.000	0.000	
IM00035	TIMBRE AUTOMATICO	00001-BODEGA CENTRAL	1.000	1.000	0.000	
IM00100	TARJETA CONTROL DE EXISTENCIA	00001-BODEGA CENTRAL	400.000	400.000	0.000	

VALOR TOTAL RECEPCIONADO EN ESTE DOCUMENTO	133,450.
VALOR TOTAL ORDEN DE COMPRA	133,450.

Se han impreso(s) Página(s) 1 de 1.


SILVANA URRA ESPARZA
ENCARGADA DE BODEGA