



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.

DECRETO

La Dirección de Administración

Y Finanzas, pagara a Don

La cantidad de \$

Por concepto de

: CENABAST Rut 061608700-2

: 811,230 OCHOCIENTOS ONCE MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS

: INSUMOS DESTINADOS A CUBRIR STOCK DE LA FARMACIA DEL DSM

PUCÓN.-

Fecha de Pago

: 09/08/2010

DOCUMENTO	NUMERO	FECHA	MONTO \$
FACTURA	1227819	14/07/2010	9,442
FACTURA	1227820	14/07/2010	598,847
FACTURA	1227824	14/07/2010	4,163
FACTURA	1227825	14/07/2010	198,778

Anótese comuníquese y Archívese.

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

CÓDIGO CUENTA	DETALLE	DEBE	HABER
215-22-04-004-000-000	Productos Farmacéuticos		811,230
532-04-00-000-000-000	Materiales de Uso o Consumo	811,230	
215-22-04-004-000-000	Productos Farmacéuticos	811,230	
111-02-00-000-000-000	Banco Estado		811,230
Sumas Iguales		1,622,460	1,622,460

REFRENDACION

Cuenta	215-22-04-004-000-000				
Presupuesto Vigente	40,447,138				
Total Comprometido	30,475,352				
Saldo x Comprometer	9,971,786				

SECRETARIA MUNICIPAL

DIRECCION DE
CONTROL
DIRECTOR DE CONTROL

ALCALDE (SUB)

JEFE SECC. FINANZAS SALUD

PUCÓN
Centro del SUR de CHILE

CH: 7206

Avda. Bernardo O'Higgins 483 Pucón. Fono: (45) 293000

Fax: 293085

Email: pucon@munitel.cl



CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

GIRO: GOBIERNO CENTRAL Y ADMINISTRACION PUBLICA

GOBIERNO DE CHILE
CENABAST

AVDA. MATTA N° 644 - CASILLA 21 - CORREO 3
TELÉFONO MESA CENTRAL: 574 8200
FAX CONTABILIDAD: 574 9900 - FAX OIRS: 574 8377
SANTIAGO - CHILE

R.U.T.: 61.608.700-2

FACTURA

E.D.: 544
D.F.: 468

N° 01227819

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO
FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2011

R.U.T. CLIENTE		SEÑOR(ES)		500006599	
69191600-6		MUNIC. PUCON		01227819	
CODIGO		CONDICIONES DE VENTA		MERCADERIA PUESTA EN	
69191600		MUNIC. PUCON		Pedido: 300002231	
COD. DEL PRODUCTO		NOMBRE DEL PRODUCTO		FECHA FACTURA	
ENT: 400007043 - GD: 02182633		01		14.07.2010	
		CANTIDAD		PRECIO UNITARIO	
		UNID.		TOTAL	
		7.935		7.935	
Glosa: Intermediación					
INTERMEDIACION					
Común					
SON: NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS					
Total Neto 7.935					
I.V.A. 1.507					
Total Factura 9.442					
NOMBRE					
RUT					
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).					

NO RECLAMANDOSE CONTRA EL CONTENIDO DE LA FACTURA DENTRO DE LOS OCHO DIAS SIGUIENTES A LA ENTREGA DE ELLA, SE TENDRA POR IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA.

ORIGINAL: CLIENTE

FACTURAS EXENTAS LEY ESTAMPILLAS Y PAPEL SELLADO D.L. N° 619 DEL D.O. 22.8.74 Y D.S. N° 2.106 DE 1975



I. MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

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

ORDEN DE COMPRA

Nº 2010-00000222

OBLIGACION Nro 574

Pucón, 30 de Julio de 2010 .-

SR.(ES) CENABAST
DIRECCION AV. MATTÁ 664
FONO

R.U.T. Nº 061608700-2
CIUDAD SANTIAGO
FAX

SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR, LO SIGUIENTE:

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	DETALLE	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
FA00292	1.00	CAJAS	ACIDO ACETIL SALICILICO CM 500 MG	9,442.650	9,443
				SUB-TOTAL	7,935
				RECARGO	0
				SUB-TOTAL	0
				DESCUENTO	0
IMPORTANTE: DEBE INDICAR Nº DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR				SUB-TOTAL	7,935
SOLICITADO POR FARMACIA				19 %	1,507.65
SOLICITUD DE PEDIDO Nº 00000221				TOTAL	9,443
DESTINADO A INSUMOS DESTINADOS A CUBRIR STOCK DE LA FARMACIA DEL DSM PUCÓN.-					

FORMULARIO CONTINUOS LOS ANGELES LIMITADA R.U.T.: 78.443.840-6 BULNES 757 FONOS FAX (43) 320489 LOS ANGELES

MUNICIPALIDAD
JEFE FINANZAS
JEFE FINANZAS DEPTO. SALUD

MUNICIPALIDAD
COORDINADORA DEPTO. SALUD
DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL

CUENTA PRESUPUESTARIA 215-22-04-004-000-000

9,443

Pucón
el centro del SUR de CHILE



PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2010-00000221

Nº INTERNO : 2
SOLICITANTE : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 07-FARMACIA
03-BODEGA DE FARMACIA

FECHA : 30.07.2010

DESTINO : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 07-FARMACIA
03-BODEGA DE FARMACIA

ITEM	CODIGO	CANT.	U.DE MEDIDA	NOMBRE O DESCRIPCION DEL ITEM	CUENTA	SALDO
1	FA00292	1	CAJAS	ACIDO ACETIL SALICILICO CM 500 MG	215-22-04-004-000-000	12211650

OBS PEDIDO :
SOLICITA DRA YASMIN MERCADO NAVAS

JUSTIFICACIÓN:
INSUMOS DESTINADOS A CUBRIR STOCK DE LA FARMACIA DEL DSM PUCON.-



Dot 222



**CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA
NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD
GIRO: ADMINISTRACION PUBLICA**

Dirección: Av. José Domingo Cañas 2681, Ñuñoa.

Fax/Contabilidad: 555 33 40 Fax/Oirs: 574 83 77

Teléfono: 574 8200

Santiago, Chile

**R.U.T.: 61.608.700-2
GUIA DE DESPACHO**

Nº 2182633

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2011

S.I.I. - UNIDAD ÑUÑO A

SEÑOR(ES)	MUNIC. PUCON	CIUDAD	PUCON	Nº PEDIDO ESTABLECIMIENTO	400007043
R.U.T.	69191600-6	ZONA	S. S. ARAUCANIA SUR	Nº HOJA RUTA	
DIRECCION	AV. BERNARDO O HIGGINS 483	R.U.T.A FACTURAR	69191600-6	LINEA OPERACION	Intermediaci#n
REGION	S. S. ARAUCANIA SUR	PROGRAMA	INTERMEDIACION	Nº NOTA DE VENTA	4589
PEDIDO	FECHA RECEPCION PEDIDO	FECHA ENTREGA	06.07.2010		
FECHA HORA EMISION	12.07.2010 - 11:12:14				

CODIGO PRODUCTO	DESCRIPCION	NUMERO SERIE	FECHA VENCIMIENTO	MARCA	UNIDAD DE DESPACHO	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	PRECIO UNITARIO
500000333	ACIDO ACETIL SAL. 500 MG CAJ 1000 CM				CAJ	1	1	7.935
<div>FECHA RECEPCION MERCADERIA 13/07/10</div> <div>CONFORME <input checked="" type="checkbox"/></div> <div>CALIDAD <input checked="" type="checkbox"/></div> <div>OBS.: <input checked="" type="checkbox"/></div> <div>FIRMA QUIEN RECIBE <i>Renato</i></div>								
<div>NOMBRE: _____</div> <div>R.U.T.: _____ FECHA: _____</div> <div>RECINTO: _____ FIRMA: _____</div> <div>El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4°, y 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).</div>								



CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

GIRO: GOBIERNO CENTRAL Y ADMINISTRACION PUBLICA

GOBIERNO DE CHILE
CENABAST

AVDA. MATTA N° 644 - CASILLA 21 - CORREO 3
TELÉFONO MESA CENTRAL: 574 8200
FAX CONTABILIDAD: 574 9900 - FAX OIRS: 574 8377
SANTIAGO - CHILE

R.U.T.: 61.608.700-2

E.D.: 543

FACTURA

N°01227820

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO
FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2011

R.U.T. CLIENTE		SEÑOR(ES)			
69191600-6		MUNIC. PUCON		500006600	
		AV. BERNARDO O HIGGINS 483		01227820	
CODIGO		CONDICIONES DE VENTA		MERCADERIA PUESTA EN	
69191600		MUNIC. PUCON		Pedido: 300002231	
				FECHA FACTURA	
				14.07.2010	
COD. DEL PRODUCTO		NOMBRE DEL PRODUCTO		CANTIDAD	UNID.
		ENT: 400007044 - GD: 02182634		01	
				PRECIO UNITARIO	TOTAL
				503.233	503.233
Glosa: Intermediación					
INTERMEDIACION					
Común					
SON: QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA					
Total Neto					
503.233					
I.V.A.					
95.614					
Total Factura					
598.847					
NOMBRE					
RUT					
FECHA					
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).

NO RECLAMANDOSE CONTRA EL CONTENIDO DE LA FACTURA DENTRO DE LOS OCHO DIAS SIGUIENTES A LA ENTREGA DE ELLA, SE TENDRA POR IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA.

ORIGINAL: CLIENTE

FACTURAS EXENTAS LEY ESTAMPILLAS Y PAPEL SELLADO D.L. N° 619 DEL D.O. 22.8.74 Y D.S. N° 2.106 DE 1975



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 2010-00000223

OBLIGACION Nro 575

Pucón, 30 de Julio 2010 .-

SR.(ES) DIRECCION FONO CENABAST AV. MATTA 664

R.U.T. Nº 061608700-2 CIUDAD SANTIAGO FAX

SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR, LO SIGUIENTE:

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	DETALLE	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
FA00239	10.00	UNIDADES	ACIDO MEFENAMICO CM 500 MG	1,633.870	16,339
FA00164	1.00	CAJAS	ACIDO VALPROICO 250 MG/5ML JARABE FRASCOS 120ML	6,433.140	6,433
FA00153	1.00	CAJAS	AMOXICILINA CM O CP 500 MG	6,686.610	6,687
FA00227	50.00	UNIDADES	AMOXICILINA / ACIDO CLAVULANICO CM	2,371.670	118,584
FA00242	3.00	UNIDADES	ATENOLOL 50 MG	4,730.250	14,191
FA00177	1.00	CAJAS	ATENOLOL CM 100 MG	9,839.920	9,839
FA00040	267.00	UNIDADES	ATORVASTATINA 20 mg	813.960	217,327
FA00276	1.00	UNIDADES	BETAMETASONA FOSFATO DISODICO 4 MG	9,586.640	9,587
FA00154	1.00	CAJAS	BETAMETASONA CREMA TOPICA TUBO 15 G.	21,560.420	21,560
FA00189	1.00	UNIDADES	CICLOBENZAPRINA CLORHIDRATO 10 MG	8,564.430	8,564
FA00231	1.00	UNIDADES	CIPROFLOXACINO CM 500MG	22,957.480	22,957
FA00312	10.00	CAJAS	CLARIMAX 500 MG CAJ 100 CM	12,361.720	123,617
FA00130	2.00	UNIDADES	CLORAMFENICOL SOL. OFTALMICA 0.5FC 10 ML	19,803.980	39,608
				SUB-TOTAL	517,053
				RECARGO	0
				SUB-TOTAL	0
				DESCUENTO	0
IMPORTANTE: DEBE INDICAR Nº DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR				SUB-TOTAL	517,053
SOLICITADO POR FARMACIA				19 %	98,240.07
SOLICITUD DE PEDIDO Nº 00000222				TOTAL	615,293
DESTINADO A INSUMOS DESTINADOS A CUBRIR STOCK DE LA FARMACIA DEL DSM PUCON.-					

FORMULARIOS CONTINUOS LOS ANGELES LIMITADA R.U.T.: 78.443.840-6 BULNES 757 FONOS FAX (43) 320489 LOS ANGELES



JEFE FINANZAS DEPTO. SALUD

CUENTA PRESUPUESTARIA 215-22-04-004-000-000



DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL

615,293

Pucón
el centro del SUR de CHILE



PEDIDO DE MATERIALES
PARA COMPRA

Nº : 2010-00000222

Nº INTERNO : 000003
SOLICITANTE : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 07-FARMACIA
03-BODEGA DE FARMACIA

DESTINO : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 07-FARMACIA
03-BODEGA DE FARMACIA

FECHA : 30.07.2010

ITEM	CODIGO	CANT.	U.DE MEDIDA	NOMBRE O DESCRIPCION DEL ITEM	CUENTA	SALDO
1	FA00239	10	UNIDADES	ACIDO MEFENAMICO CM 500 MG	215-22-04-004-000-000	12211650
2	FA00164	1	CAJAS	ACIDO VALPROICO 250 MG/5ML JARABE FRASCOS 120ML	215-22-04-004-000-000	12211650
3	FA00153	1	CAJAS	AMOXICILINA CM O CP 500 MG	215-22-04-004-000-000	12211650
4	FA00227	50	UNIDADES	AMOXICILINA / ACIDO CLAVULANICO CM	215-22-04-004-000-000	12211650
5	FA00242	3	UNIDADES	ATENOLOL 50 MG	215-22-04-004-000-000	12211650
6	FA00177	1	CAJAS	ATENOLOL CM 100 MG	215-22-04-004-000-000	12211650
7	FA00040	267	UNIDADES	ATORVASTATINA 20 mg	215-22-04-004-000-000	12211650
8	FA00276	1	UNIDADES	BETAMETASONA FOSFATO DISODICO 4 MG	215-22-04-004-000-000	12211650
9	FA00154	1	CAJAS	BETAMETASONA CREMA TOPICA TUBO 15 G.	215-22-04-004-000-000	12211650
10	FA00189	1	UNIDADES	CICLOBENZAPRINA CLORHIDRATO 10 MG	215-22-04-004-000-000	12211650
11	FA00231	1	UNIDADES	CIPROFLOXACINO CM 500MG	215-22-04-004-000-000	12211650
12	FA00312	10	CAJAS	CLARIMAX 500 MG CAJ 100 CM	215-22-04-004-000-000	12211650
13	FA00130	2	UNIDADES	CLORAMFENICOL SOL. OFTALMICA 0.5FC 10 ML	215-22-04-004-000-000	12211650

OBS PEDIDO :
SOLICITA DRA YASMIN MERCADO NAVAS

JUSTIFICACIÓN:
INSUMOS DESTINADOS A CUBRIR STOCK DE LA FARMACIA DEL DSM PUCÓN.-





GOBIERNO DE
CHILE

**CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA
NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD
GIRO: ADMINISTRACION PUBLICA**

Dirección: Av. José Domingo Cañas 2681, Ñuñoa.

Fax/Contabilidad: 555 33 40 Fax/Oirs: 574 83 77

Teléfono: 574 8200

Santiago, Chile

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2011

S.I.I. - UNIDAD ÑUÑOA

R.U.T.: 61.608.700 - 2
GUIA DE DESPACHO

Nº 2182634

SEÑOR(ES) **MUNIC. PUCON** CIUDAD **PUCON** Nº PEDIDO ESTABLECIMIENTO **400007044**
R.U.T. **69191600-6** ZONA **S. S. ARAUCANIA SUR** Nº HOJA RUTA
DIRECCION **AV. BERNARDO O HIGGINS 483** R.U.T.A FACTURAR **69191600-6** LINEA OPERACION **Intermediaci#n**
REGION **S. S. ARAUCANIA SUR** PROGRAMA **INTERMEDIACION** Nº NOTA DE VENTA **4589**
PEDIDO **FECHA RECEPCION PEDIDO** FECHA ENTREGA **06.07.2010**
FECHA HORA EMISION **12.07.2010 - 11:12:14**

CODIGO PRODUCTO	DESCRIPCION	NUMERO SERIE	FECHA VENCIMIENTO	MARCA	UNIDAD DE DESPACHO	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	PRECIO UNITARIO
500000335	ACIDO MEFENAMICO 500 MG CAJ 100 CM				CAJ	10	0	1.373
500000030	ACIDO VALPROICO 250 MG/5 FRA 120 ML				FRA	1	1	5.406
500000142	AMOXICILINA 500 MG/5 ML CAJ 50 FRA				CAJ	1	1	5.619
500000150	AMOX/AC. CLAV 500/125 MG CAJ 20 CM				CAJ	50	50	1.993
500001965	ATENOLOL 50 MG CAJ 1000 CM				CAJ	3	3	3.975
500000374	ATENOLOL 100 MG CAJ 1000 CM				CAJ	1	1	8.268
500000359	ATORVASTATINA 20 MG CAJ 30 CM				CAJ	267	267	684
500000157	BETAMETASONA 4 MG/1 ML CAJ 100 AM				CAJ	1	1	8.056
500000155	BETAMETASONA 0,05% CAJ 100 TU				CAJ	1	1	18.118
500000394	CICLOBENZAPRINA 10 MG CAJ 1000 CM				CAJ	1	1	7.197
500000204	CIPROFLOXACINO 500 MG CAJ 1000 CM				CAJ	1	1	19.292
500000170	CLARIMAX 500 MG CAJ 100 CM				CAJ	10	10	10.388
500000195	CLORAMFENICOL 0,5% CAJ 50 FRA				CAJ	2	2	16.642

FECHA RECEPCION MERCADERIA **13.7.10**
CONFORME ☒ ☐
CALIDAD ☒ ☐
OBS.:
FIRMA QUIEN RECIBE **Geuspel**

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. 4°, y 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).



GOBIERNO DE CHILE
CENABAST

CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA
NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

GIRO: GOBIERNO CENTRAL Y
ADMINISTRACION PUBLICA

AVDA. MATTA N° 644 - CASILLA 21, CORREO 3
TELEFONO MESA CENTRAL: 574 8200
FAX CONTABILIDAD: 574 9900 - FAX OIRS: 574 8377
SANTIAGO - CHILE

R.U.T.: 61.608.700-2

E.D.: 542 FACTURA

N°01227824

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO
FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2011

R.U.T. CLIENTE 69191600-6		SEÑOR(ES) MUNIC. PUCON		500006604	
		AV. BERNARDO O HIGGINS 483		01227824	
CODIGO 69191600	CONDICIONES DE VENTA MUNIC. PUCON		MERCADERIA PUESTA EN Pedido: 300002231		FECHA FACTURA 14.07.2010
COD. DEL PRODUCTO	NOMBRE DEL PRODUCTO	CANTIDAD	UNID.	PRECIO UNITARIO	TOTAL
	ENT: 400007193 - GD: 02182638	01		3.498	3.498
Glosa: Intermediación					
INTERMEDIACION					
Común					
SON: CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y TRES					
		Total Neto		3.498	
		I.V.A.		665	
		Total Factura		4.163	
NOMBRE					
RUT					
FECHA					
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).					

NO RECLAMANDOSE CONTRA EL CONTENIDO DE LA FACTURA DENTRO DE LOS OCHO DIAS
SIGUIENTES A LA ENTREGA DE ELLA, SE TENDRA POR IRREVOCABLEMENTE ACEPTADA.

ORIGINAL: CLIENTE

FACTURAS EXENTAS LEY ESTAMPILLAS Y PAPEL SELLADO D.L. N° 619 DEL D.O. 22.8.74 Y D.S. N° 2.106 DE 1975



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 2010-00000227

OBLIGACION Nro 579

Pucón 30 de Julio 2010 .-

SR.(ES) CENABAST
DIRECCION AV. MATTÁ 664
FONO

R.U.T. Nº 061608700-2
CIUDAD SANTIAGO
FAX

SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR, LO SIGUIENTE:

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	DETALLE	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
FA00224	3.00	UNIDADES	AGUJAS 216#11/2	1,387.540	4,163
				SUB-TOTAL	3,498
				RECARGO	0
				SUB-TOTAL	0
				DESCUENTO	0
IMPORTANTE: DEBE INDICAR Nº DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR				SUB-TOTAL	3,498
SOLICITADO POR FARMACIA				19 %	664.62
SOLICITUD DE PEDIDO Nº 00000226				TOTAL	4,163
DESTINADO A INSUMOS DESTINADOS A CUBRIR STOCK DE LA FARMACIA DEL DSM PUCÓN.-					

FORMULARIO CONTINUO LOS ANGELES LIMITADA R.U.T. 78.443.840-6 BULNES 757 (FONO/FAX (43) 320489) LOS ANGELES



JEFE FINANZAS DEPTO. SALUD

CUENTA PRESUPUESTARIA 218-22-04-004-000-000



DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL

4,163

Pucón
el centro del SUR de CHILE



PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2010-00000226

Nº INTERNO : 000007

FECHA

: 30.07.2010

SOLICITANTE : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 07-FARMACIA
03-BODEGA DE FARMACIA

DESTINO : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 07-FARMACIA
03-BODEGA DE FARMACIA

ITEM	CODIGO	CANT.	U.DE MEDIDA	NOMBRE O DESCRIPCION DEL ITEM	CUENTA	SALDO
1	FA00224	3	UNIDADES	AGUJAS 21G*11/2	215-22-04-004-000-000	12211650

OBS PEDIDO :
SOLICITA DRA YASMIN MERCADO NAVAS

JUSTIFICACIÓN:
INSUMOS DESTINADOS A CUBRIR STOCK DE LA FARMACIA DEL DSM PUCON.-



101 227



**CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA
NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD
GIRO: ADMINISTRACION PUBLICA**

Dirección: Av. José Domingo Cañas 2681, Ñuñoa.

Fax/Contabilidad: 555 33 40 Fax/Oirs: 574 83 77

Teléfono: 574 8200

Santiago, Chile

**R.U.T.: 61.608.700 - 2
GUIA DE DESPACHO**

N° 2182638

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2011

S.I.I. - UNIDAD ÑUÑOA

SEÑOR(ES) **MUNIC. PUCON**

R.U.T. **69191600-6**

DIRECCION **AV. BERNARDO O HIGGINS 483**

REGION **S. S. ARAUCANIA SUR**

PEDIDO **FECHA RECEPCION PEDIDO**

FECHA HORA EMISION **12.07.2010 - 11:12:54**

CIUDAD

PUCON

N° PEDIDO ESTABLECIMIENTO **400007193**

ZONA

S. S. ARAUCANIA SUR

N° HOJA RUTA

R.U.T. A FACTURAR

69191600-6

LINEA OPERACION

Intermediaci#n

PROGRAMA

INTERMEDIACION

N° NOTA DE VENTA

4635

FECHA ENTREGA

06.07.2010

CODIGO PRODUCTO	DESCRIPCION	NUMERO SERIE	FECHA VENCIMIENTO	MARCA	UNIDAD DE DESPACHO	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	PRECIO UNITARIO
500000968	"AGUJA 21 G X 1,50"" DESECH CAJ 100 UN"				CAJ	3	3	1.166
<div>FECHA RECEPCION MERCADERIA 13/7/10</div> <div>CONFORME <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>CALIDAD <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></div> <div>OBS:</div> <div>FIRMA QUIEN RECIBE García</div>								
<div>NOMBRE: _____</div> <div>R.U.T.: _____ FECHA: _____</div> <div>RECINTO: _____ FIRMA: _____</div> <div>El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4°, y 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).</div>								



I. MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

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

ORDEN DE COMPRA

Nº 2010-00000228

OBLIGACION Nro 580

Pucón, 30 de Julio 20 de .-

SR.(ES) CENABAST
DIRECCION AV. MATTA 664
FONO

R.U.T. Nº 061608700-2
CIUDAD SANTIAGO
FAX

SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR, LO SIGUIENTE:

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	DETALLE	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
FA00087	3.00	CAJAS	AGUJA	1,261.400	3,784
FA00053	1.00	UNIDADES	APOSITOS ESTERILES	2,905.980	2,906
FA00170	20.00	PAQUETE	BOLSA DE PAPEL 1/4	3,279.640	65,593
FA00300	2.00	CAJAS	CEPILLO P/ TOMA MUESTRA PAPANICOLAU	11,731.020	23,462
FA00086	5.00	ROLLO	GASA	8,133.650	40,668
FA00310	10.00	CAJAS	BUANTE P/EXAMEN LATEX MEDIANO	2,182.460	21,825
FA00043	3.00	UNIDADES	JERINGAS 5 cc CON AGUJA	3,279.640	9,839
FA00286	1.00	UNIDADES	SEDA NEGRA	5,563.250	5,563
FA00322	1.00	CAJAS	SEDA NEGRA N-3 / 0 C/AGUA CAJ 36 60	14,758.380	14,758
FA00323	1.00	CAJAS	TELA ADH. MICROPOROSA 2,5 CM CAJ 12 CTE	4,223.310	4,223
FA00324	1.00	CAJAS	TELA ADHESIVA PLASTICA 2,5 CM CAJ 12 CTE	10,383.940	10,384
				SUB-TOTAL	170,593
				RECARGO	0
				SUB-TOTAL	0
				DESCUENTO	0
IMPORTANTE: DEBE INDICAR Nº DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR				SUB-TOTAL	170,593
SOLICITADO POR FARMACIA				19 %	32,412.67
SOLICITUD DE PEDIDO Nº 00000227				TOTAL	203,006
DESTINADO A INSUMOS DESTINADOS A CUBRIR STOCK DE LA FARMACIA DEL DEM PUCÓN.-					

FORMULARIO CONTINUOS LOS ANGELES LIMITADA R.U.T. 78.443.840-6 BULNES 757 (FONO/FAX (49) 320489) LOS ANGELES



JEFE FINANZAS-DEPTO. SALUD



DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL

CUENTA PRESUPUESTARIA 215-22-04-004-000-000

203,006

Pucón
el centro del SUR de CHILE



PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2010-00000227

Nº INTERNO : 000008

FECHA

: 30.07.2010

SOLICITANTE : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 07-FARMACIA
03-BODEGA DE FARMACIA

DESTINO : 01-DIRECTOR
DIREC Y ENCARGADOS : 07-FARMACIA
03-BODEGA DE FARMACIA

ITEM	CODIGO	CANT.	U.DE MEDIDA	NOMBRE O DESCRIPCION DEL ITEM	CUENTA	SALDO
1	FA00087	3	CAJAS	AGUJA	215-22-04-004-000-000	12211650
2	FA00053	1	UNIDADES	APOSITOS ESTERILES	215-22-04-004-000-000	12211650
3	FA00170	20	PAQUETE	BOLSA DE PAPEL 1/4	215-22-04-004-000-000	12211650
4	FA00300	2	CAJAS	CEPILLO P/ TOMA MUESTRA PAPANICOLAU	215-22-04-004-000-000	12211650
5	FA00086	5	ROLLO	GASA	215-22-04-004-000-000	12211650
6	FA00310	10	CAJAS	GUANTE P/EXAMEN LATEX MEDIANO	215-22-04-004-000-000	12211650
7	FA00043	3	UNIDADES	JERINGAS 5 cc CON AGUJA	215-22-04-004-000-000	12211650
8	FA00286	1	UNIDADES	SEDA NEGRA	215-22-04-004-000-000	12211650
9	FA00322	1	CAJAS	SEDA NEGRA N-3 / 0 C/AGUA CAJ 36 SO	215-22-04-004-000-000	12211650
10	FA00323	1	CAJAS	TELA ADH. MICROPOROSA 2,5 CM CAJ 12 CTE	215-22-04-004-000-000	12211650
11	FA00324	1	CAJAS	TELA ADHESIVA PLASTICA 2,5 CM CAJ 12 CTE	215-22-04-004-000-000	12211650

OBS PEDIDO :
SOLICITA DRA YASMIN MERCADO NAVAS

JUSTIFICACIÓN:
INSUMOS DESTINADOS A CUBRIR STOCK DE LA FARMACIA DEL DSM PUCÓN.-





**CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA
NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD
GIRO: ADMINISTRACION PUBLICA**

Dirección: Av. José Domingo Cañas 2681, Ñuñoa.

Fax/Contabilidad: 555 33 40 Fax/Oirs: 574 83 77

Teléfono: 574 8200

Santiago, Chile

FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2011

**R.U.T.: 61.608.700 - 2
GUIA DE DESPACHO**

Nº 2182639

S.I.I. - UNIDAD ÑUÑOA

SEÑOR(ES) **MUNIC. PUCON** CIUDAD **PUCON** Nº PEDIDO ESTABLECIMIENTO **400007194**
R.U.T. **69191600-6** ZONA **S. S. ARAUCANIA SUR** Nº HOJA RUTA
DIRECCION **AV. BERNARDO O HIGGINS 483** R.U.T. A FACTURAR **69191600-6** LINEA OPERACION **Intermediaci#n**
REGION **S. S. ARAUCANIA SUR** PROGRAMA **INTERMEDIACION** Nº NOTA DE VENTA **4635**
PEDIDO FECHA RECEPCION PEDIDO
FECHA HORA EMISION **12.07.2010 - 11:12:54** FECHA ENTREGA **06.07.2010**

CODIGO PRODUCTO	DESCRIPCION	NUMERO SERIE	FECHA VENCIMIENTO	MARCA	UNIDAD DE DESPACHO	CANTIDAD PEDIDA	CANTIDAD DESPACHADA	PRECIO UNITARIO
500002124	"AGUJA 23 G X 1,00"" CAJ 100 UN"				CAJ	3	3	1.060
500001167	APOSITO 20 X 25 CDM ESTERI CAJ 18 UN				CAJ	1	1	2.442
500001199	BOLSA PAPEL 1/4 L PQ 1000 UN				PQ	20	20	2.756
500001242	CEPILLO P/TOMA MUESTRA PA CAJ 100 UN				CAJ	2	2	9.858
500001211	GASA HIDROFILA RD 90 CDM X RD				ROL	5	5	6.835
500001220	GUANTE EXAMEN LATEX MED CAJ 100 UN				CAJ	10	10	1.834
500000984	JERINGA 5 CC C/AG 21 G L-LOCK CAJ 100 UN				CAJ	3	3	2.756
500000922	SEDA NEGRA N-3/0 C/AGUJA CAJ 12 SD				CAJ	1	1	4.675
500000927	SEDA NEGRA N-3/0 C/AGUJA CAJ 36 SD				CAJ	1	1	12.402
500001078	TELA ADH. MICROPOROSA 2,5 CM CAJ 12 CTE				CAJ	1	0	3.549
500001082	TELA ADHESIVA PLASTICA 2,5 CM CAJ 12 CTE				CAJ	1	1	8.726

FECHA RECEPCION MERCADERIA 13.7.10
CONFORME ☒ ☐
CALIDAD ☒ ☐
OBS: Chuspa
FIRMA QUIEN RECIBE Chuspa

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. 4°, y 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).