



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUCÓN

Decreto N°  
Pucón,

74  
18/02/2010

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. Alcaldesa" al Sr. Administrador Municipal.

## DECRETO

La Dirección de Administración

Y Finanzas, pagara a Don

La cantidad de \$

Por concepto de

: ANDREA ALEJANDRA ZERENE MISLE

Rut 012265830-9

: 17,000 DIECISIETE MIL PESOS

: CANCELA ESPEJO PARA SALA DE ESTIMULACION DE PROGRAMA CHILE  
CRECE CONTIGO.-

Fecha de Pago

: 18/02/2010

| DOCUMENTO | NUMERO | FECHA      | MONTO \$ |
|-----------|--------|------------|----------|
| FACTURA   | 2272   | 22/01/2010 | 17,000   |

Anótese comuníquese y Archívese.

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

| CÓDIGO CUENTA         | DETALLE                      | DEBE   | HABER  |
|-----------------------|------------------------------|--------|--------|
| 114-05-17-000-000-000 | Programa Chile Crece Contigo | 17,000 |        |
| 111-02-00-000-000-000 | Banco Estado                 |        | 17,000 |
| Sumas Iguales         |                              | 17,000 | 17,000 |

## REFRENDACION

|                     |                       |         |  |  |  |
|---------------------|-----------------------|---------|--|--|--|
| Cuenta              | 114-05-17-000-000-000 |         |  |  |  |
| Presupuesto Vigente |                       | 112,081 |  |  |  |
| Total Comprometido  |                       | 112,081 |  |  |  |
| Saldo Comprometido  |                       | 0       |  |  |  |

SECRETARIA MUNICIPAL  
GLADIELA MATUS PANGUILEF

SECRETARIA MUNICIPAL

DIRECCION DE CONTROL  
WALTER CARTES RASCHEJA

DIRECTOR DE CONTROL



MARCELO CONCHA VILLAGRA

ADMINISTRADOR MUNICIPAL



RENE ABURTO SAN MARTIN

JEFE SECC. FINANZAS AREA SALUD

cn: 6487

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

Fax: 293085

Email: pucon@munitel.cl



TRASPASO

|              |                                                                            |              |                               |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|
| Comprobante  | 48                                                                         | Fecha        | 18/02/2010                    |
| Rut          | 012265830-9                                                                | Nombre       | ANDREA ALEJANDRA ZERENE MISLE |
| Departamento | PROGRAMA                                                                   | Centro Costo |                               |
| Tipo Doc.    | FACTURA                                                                    | Numero Doc.  | 2272                          |
| Glosa        | CANCELA ESPEJO PARA SALA DE ESTIMULACION DE PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO.- |              |                               |

|              |                   |           |    |              |     |
|--------------|-------------------|-----------|----|--------------|-----|
| Banco        | BCO. ESTADO SALUD | N° Cheque |    | Fecha Cheque | / / |
| Decreto pago | 74                | N° Egreso | 74 |              |     |

| DETALLE DEL COMPROBANTE |                              |        |        |
|-------------------------|------------------------------|--------|--------|
| Código Cuenta           | Descripción                  | Debe   | Haber  |
| 114-05-17-000-000-000   | Programa Chile Crece Contigo |        | 17,000 |
| 214-05-17-000-000-000   | Programa Chile Crece Contigo | 17,000 |        |
| Total                   |                              | 17,000 | 17,000 |

|                                                                                    |                                                                                     |        |         |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|
|  |  |        |         |
| PREPARADO POR                                                                      | JEFE DE CONTABILIDAD                                                                | D.A.F. | CONTROL |



IMPRESOS SAN JOSE LIMITADA • RUT: 77.908.830 - 8 • Manuel A. Matia 807 • Fono/Fax: 411324 • VILLARRICA





# 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 2009-00000534

OBLIGACION Nro 0

Pucón, 31 de Diciembre de 2009.-

SR.(ES)  
DIRECCION  
FONO

ANDREA ALEJANDRA ZERENE MISLE  
PJE. CHILE 250  
444724

R.U.T. Nº 012265830-9  
CIUDAD PUCON  
FAX 444724

SIRVASE ENTREGAR AL PORTADOR, LO SIGUIENTE:

| CODIGO ARTICULO                                                              | CANTIDAD | UNIDAD MEDIDA | DETALLE                                                                                                                   | PRECIO UNITARIO | VALOR TOTAL |
|------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|
| V100002                                                                      | 1.00     | UNIDADES      | ESPEJO<br>DE 1.20 MTS X 0.60 MTS CON MARCO<br>REDONDEADO PARA TOMA DE EXAMENES DE<br>MOTRICIDAD A NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS | 17,000.000      | 17,000      |
|                                                                              |          |               |                                                                                                                           | SUB-TOTAL       | 14,286      |
|                                                                              |          |               |                                                                                                                           | RECARGO         | 0           |
|                                                                              |          |               |                                                                                                                           | SUB-TOTAL       | 0           |
|                                                                              |          |               |                                                                                                                           | DESCUENTO       | 0           |
| IMPORTANTE: DEBE INDICAR Nº DE ORDEN DE COMPRA AL FACTURAR                   |          |               |                                                                                                                           | SUB-TOTAL       | 14,286      |
| SOLICITADO POR DIRECTOR                                                      |          |               |                                                                                                                           | 19 %            | 2,714.29    |
| SOLICITUD DE PEDIDO Nº 00000517                                              |          |               |                                                                                                                           | TOTAL           | 17,000      |
| DESTINADO A ESPEJO PARA SALA DE ESTIMULACION DE PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO |          |               |                                                                                                                           |                 |             |

FORMULARIO N° 1024 FORMULARIOS CONTINUOS LOS ANGELES LIMITADA (R.U.T.: 78.443.840-6) (BULNES 757) (FONO/FAX (43) 320489) (LOS ANGELES)



JEFE FINANZAS DEPTO. SALUD

CUENTA PRESUPUESTARIA



DIRECTOR DEPTO. SALUD MUNICIPAL

Pucon





## PEDIDO DE MATERIALES PARA COMPRA

Nº : 2009-00000517

Nº INTERNO : 000274

FECHA

: 31.12.2009

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

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

| ITEM | CODIGO  | CANT. | U.DE MEDIDA | NOMBRE O DESCRIPCION DEL ITEM                                                                                             | CUENTA                | SALDO |
|------|---------|-------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|
| 1    | VI00002 | 1     | UNIDADES    | ESPEJO<br>DE 1.20 MTS X 0.60 MTS CON MARCO<br>REDONDEADO PARA TOMA DE EXAMENES DE<br>MOTRICIDAD A NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS | 114-05-17-000-000-000 | 0     |

OBS PEDIDO :  
SOLICITA SRTA ODETTE CASTILLO

JUSTIFICACIÓN:

ESPEJO PARA SALA DE ESTIMULACION DE PROGRAMA CHILE CRECE CONTIGO



MUNICIPALIDAD DE PUCÓN  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
CONTRATO DE SUMINISTRO  
2387-18-LE08  
Nº FACTURA 2357

**Gabriela Román Avaca**  
Encargada de Adquisiciones  
Depto. de Salud Municipal de Pucón  
Fono Fax 441113

## REPORT DE TRANSMISSION

06 ENE. 2010 09:48

SU LOGO : DEPARTAMENTO SALUD  
SU NÚMERO DE FAX : 045441113

| NO. | OTRO FACSIMIL | HORA DE INICIO | DURACION | MOD0  | PAGINAS | RESULTADO |
|-----|---------------|----------------|----------|-------|---------|-----------|
| 01  | 18822339128   | 06 ENE. 09:46  | 02'07    | TRANS | 01      | OK        |

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

## REPORT DE TRANSMISSION

06 ENE. 2010 09:52

SU LOGO : DEPARTAMENTO SALUD  
SU NÚMERO DE FAX : 045441113

| NO. | OTRO FACSIMIL | HORA DE INICIO | DURACION | MOD0  | PAGINAS | RESULTADO |
|-----|---------------|----------------|----------|-------|---------|-----------|
| 01  | 444724        | 06 ENE. 09:49  | 02'19    | TRANS | 01      | OK        |

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



**Recepción de Mercadería Nro.: 00000015 Año : 2010**

**NOMBRE PROVEEDOR**

RUT N° :012265830-9, Razon Social : ANDREA ALEJANDRA ZERENE MISLE - Telefono: 444724

**FECHA DE RECEPCION : 29/01/2010**

**DOCUMENTOS**

N° O/C: 2009-00000534 , Tipo de Documento : FACTURA , N° DOCUMENTO: 2272

Numero de Pedido : 00000517.-

Destinado : DIRECTOR

**OBSERVACION : ESPEJO PARA SALA DE ESTIMULACION DE PROGRAMA DE CHILE CRECE**

| CODIGO  | DESCRIPCION Y UNIDAD | BODEGA                  | CANTIDAD O/C | RECEPCIONADO | SALDO O/C | OBSERVACION |
|---------|----------------------|-------------------------|--------------|--------------|-----------|-------------|
| VI00002 | ESPEJO               | 00001-BODEGA<br>CENTRAL | 1.000        | 1.000        | 0.000     |             |

|                                            |         |
|--------------------------------------------|---------|
| VALOR TOTAL RECEPCIONADO EN ESTE DOCUMENTO | 17,000. |
| VALOR TOTAL ORDEN DE COMPRA                | 17,000. |

Se han impreso(s) Página(s) 1 de 1.

  
SILVANA URRA ESPARZA  
ENCARGADA DE BODEGA

**Salida de Mercadería Nro.: 00000037 Año : 2010**

FECHA DE SALIDA : 29/01/2010

**DOCUMENTOS**

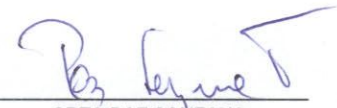
Pedido de Materiales N° : 00000517-2009  
Recepcion N° : 00000015

**OBSERVACION : ESPEJO PARA SALA ESTIMULACION DE PROGRAMA DE CHILE CRECE**

| CODIGO  | DESCRIPCION | BODEGA                  | CANTIDAD | OBSERVACION   | CENTRO COSTO |
|---------|-------------|-------------------------|----------|---------------|--------------|
| VI00002 | ESPEJO      | 00001-BODEGA<br>CENTRAL | 1.000    | 2009-00000534 | 010603       |

Se han impreso 1 páginas.

  
ENTREGUE CONFORME  
SILVANA URRRA ESPARZA

  
SRTA PAZ SANZANA  
RECIBI CONFORME