



MUNICIPALIDAD
DE
QUILLON
DEPTO. SALUD

DECRETO DE PAGO N°

1023

QUILLON, lunes 9 noviembre 2015

VISTOS:

- 1.- LAS FACULTADES QUE ME CONFIERE EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY 18.695
- 2.- "ORGANICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES" ,
- 3.- LA LEY 19.378 "ESTATUTO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD"
- 4.- Y SUS POSTERIORES MODIFICACIONES

- Los Comprobantes Contables 0-916, 0-917, 0-918, 0-919, 0-920, 0-965, 0-999, 0-1000, 0-9
- Las Obligaciones Presupuestarias , 20-943, 20-944, 20-945, 20-946, 20-947, 20-982, 20-983, 20-1

DECRETO : PAGUESE A TRAVÉS DEL SR. TESORERO MUNICIPAL A:

SR. (ES):

R.U.T.:

LABORATORIO SANDERSON S.A.

91.546.000-3

LA SUMA DE: \$

SON 344.148

PESOS M/L

TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CIENTO CUARENTA Y OCHO

IR LO SIGUIENTE:

CANCELACION MEDICAMENTOS PARA PACIENTES DEL CESFAM Y SUS DEPENDENCIAS, CONVENIO LABORATORIO SANDERSON S.A. CON LA CENTRAL DE ABASTECIMIENTO SISTEMA NACIONAL DE SERVICIO DE SALUD. SE ADJUNTA DOCUMENTACION DE RESPALDO.

CONTABILICESE COMO SE INDICA:

CUENTA	DENOMINACION	DEBE	HABER	R.U.T.:	DOCUMENTO
2152204004002	Productos Farmaceuticos Cesfam Quill.on		16.660	91546000-3	F-268
2152204004002	Productos Farmaceuticos Cesfam Quill.on		5.593	91546000-3	F-268
2152204004002	Productos Farmaceuticos Cesfam Quill.on		8.568	91546000-3	F-268
2152204004002	Productos Farmaceuticos Cesfam Quill.on		22.848	91546000-3	F-268
2152204004002	Productos Farmaceuticos Cesfam Quill.on		10.710	91546000-3	F-268
2152204004002	Productos Farmaceuticos Cesfam Quill.on		25.823	91546000-3	F-270
2152204004002	Productos Farmaceuticos Cesfam Quill.on		8.330	91546000-3	F-270
2152204004002	Productos Farmaceuticos Cesfam Quill.on		129.948	91546000-3	F-270
2152204004002	Productos Farmaceuticos Cesfam Quill.on		115.668	91546000-3	F-270
1110201	Banco Estado Fondos de Salud			344.148	91546000-3
	TOTAL	344.148	344.148		



JEFE PRESUPUESTAS Y FINANZAS
JEFE PTO. FINANZAS
Depto. de Salud



SECRETARIO MUNICIPAL
SECRETARIO MUNICIPAL
QUILLON

NOTARSE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE

CUENTA CORRIENTE

CHEQUE NUMERO

NOMBRE

EGRESO N°

FECHA DE PAGO

R.U.T.:

FIRMA

V° B° TESORERO

RECIBI CONFORME