

*Dr*



MUNICIPALIDAD DE QUILLON

**DECRETO DE PAGO**

**SALUD**

DECRETO N° 823  
QUILLON, viernes 11 agosto 2017

**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
- 5.-DECRETO N°4828 DE FECHA 15/12/2015, QUE APRUEBA PRESUPUESTO SALUD AÑO 2016
- LOS COMPROBANTES CONTABLES 0-848, 0-849, 0-850, 0-851, 0-852, 0-853
- LAS OBLIGACIONES PRESUPUESTARIAS ,20-864,20-865,20-866,20-867,20-868,20-869

**DECRETO: PAGUESE A TRAVES DEL SR. TESORERO MUNICIPAL A:**

SR(ES) :LABORATORIO SANDERSON S.A.

RUT:91.546.000-3

LA SUMA DE \$:306.568

Y SON:TRESCIENTOS SEIS MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/L

**POR LO SIGUIENTE:**

PAGO MEDICAMENTOS PARA PACIENTES DEL CESFAM QUILLON Y SUS DEPENDENCIAS SEGUN CONVENIO CON PROVEEDOR LABORATORIO SANDERSON S.A CON LA CENTRAL ABASTECIMIENTO SISTEMA NACIONAL DEL SERVICIOS DE SALUD. SE ADJUNTA DOCUMENTACION DE RESPALDO.

**CONTABILICESE COMO SE INDICA**

CUENTA	C.COSTO DENOMINACION	DEBE	HABER	RUT	DCTO.
--------	----------------------	------	-------	-----	-------

SE ANEXA COMPROBANTE

TOTALES :	306.568	306.568			
-----------	---------	---------	--	--	--



DIRECTORA DEPTO. SALUD MUNICIPAL



ADMINISTRADOR MUNICIPAL



22 AGO 2017  
Director  
Dirección de Control



SECRETARIO MUNICIPAL

CTA. CTE.	CHEQUE N°	NOMBRE	
		R.U.T.	
EGRESO N°	FECHA DE PAGO	FIRMA	

V°B° TESORERO

RECIBI CONFORME