

ok



DECRETO DE PAGO

SALUD

MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN

DECRETO N° 582
QUILLÓN, lunes 19 junio 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 0-671, 0-672, 0-683
- LAS OBLIGACIONES PRESUPUESTARIAS ,20-679,20-680,20-689

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

SR(ES) :INMED DROGUERIA LTDA.

RUT:86.821.000-1

LA SUMA DE \$:59.143

Y SON:CINCUENTA Y NUEVE MIL CIENTO CUARENTA Y TRES PESOS M/L

POR LO SIGUIENTE:

PAGO MEDICAMENTOS PARA PACIENTES DEL CESFAM QUILLÓN Y SUS DEPENDENCIAS SEGUN CONVENIO CON PROVEEDOR INMED DROGUERIA LTDA. CON LA CENTRAL ABASTECIMIENTO SISTEMA NACIONAL DEL SERVICIOS DE SALUD. SE ADJUNTA DOCUMENTACION DE RESPALDO.

CONTABILICесе COMO SE INDICA

CUENTA	C.COSTO DENOMINACION	DEBE	HABER	RUT	DCTO.
2152204005002	Material y Utiles Quirurgi	9.163		86821000-1	f-188306
2152204005002	Material y Utiles Quirurgi	24.990		86821000-1	f-188330
2152204005002	Material y Utiles Quirurgi	24.990		86821000-1	F-189932
1110304	Banco Corpbanca - Fondos		59.143	86821000-1	C-0

TOTALES : 59.143 59.143

DIRECCIÓN DE SALUD

ADMINISTRADOR MUNICIPAL

Director
Dirección de Control

SECRETARIO MUNICIPAL

CTA. CTE. _____

CHEQUE N° _____

EGRESO N° _____

FECHA DE PAGO _____

NOMBRE _____

R.U.T. _____

FIRMA _____

RECIBI CONFORME