



DECRETO DE PAGO

SALUD

MUNICIPALIDAD DE QUILLON

DECRETO N° 970
 QUILLON, martes 21 agosto 2018

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°4090 DE FECHA 05/12/2017, QUE APRUEBA PRESUPUESTO SALUD AÑO 2018
- EL COMPROBANTE CONTABLE 0-857
- LA OBLIGACIÓN PRESUPUESTARIA ,20-840

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

SR(ES) :MAYORDENT

RUT:76.271.360-8

LA SUMA DE \$:208.607

Y SON:DOSCIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS SIETE PESOS M/L

POR LO SIGUIENTE:

PAGO DE INSUMOS DENTALES PARA EL CESFAM QUILLON Y SUS DEPENDENCIAS. ADQUIRIDO A TRAVES DEL PORTAL CHILECOMPRA ORDEN NRO.: 4367-315-SE18, SEGUN FACTURA NRO.: 100144. SOLICITADO POR LA SRTA. FERIDE HENRIQUEZ ENC. DEL PROGRAMA ODONTOLOGICO DEL CESFAM QUILLON. SE ADJUNTA DOCUMENTACION DE RESPALDO.

CONTABILICEMSE COMO SE INDICA

CUENTA	C.COSTO DENOMINACION	DEBE	HABER	RUT	DCTO.
2152204005	Materiales y Útiles Quirú	208.607		76271360-8	F-100144
1110304	Banco Corpbanca - Fondos :		208.607	76271360-8	C-0

TOTALES : 208.607 / 208.607

DIRECCION SALUD MUNICIPAL
DIRECTORA DEPTO. SALUD

I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON
DIRECTOR DE CONTROL

I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON
SECRETARIO MUNICIPAL

CTA. CTE. _____

EGRESO N° _____

CHEQUE N° _____

FECHA DE PAGO _____

NOMBRE _____

R.U.T. _____

FIRMA _____

V°B° TESORERO _____

RECIBI CONFORME