

341733
OH



DECRETO DE PAGO
SALUD

MUNICIPALIDAD DE QUILLON

DECRETO N° 1446
QUILLON, jueves 14 noviembre 2019

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° 4837 DE FECHA 17/12/2018, QUE APRUEBA PRESUPUESTO SALUD AÑO 2019
- EL COMPROBANTE CONTABLE 0-1472
- LA OBLIGACIÓN PRESUPUESTARIA ,20-1475

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

SR(ES) : PHARMA NETWORK SPA

RUT:76.857.605-K

LA SUMA DE \$:88.893 /

Y SON: OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/L

OR LO SIGUIENTE:

PAGO MEDICAMENTOS PARA PACIENTES DEL CESFAM QUILLON Y SUS DEPENDENCIAS, SEGUN CONVENIO PROVEEDOR. LABORATORIO PHARMA NETWORK SPA. CON LA CENTRAL DE ABASTECIMIENTO NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD. SE ADJUNTA DOCUMENTACION DE RESPALDO.

CONTABILICесе COMO SE INDICA

CUENTA	C.COSTO DENOMINACION	DEBE	HABER	RUT	DCTO.
2152204004	Productos Farmacéuticos	88.893		76857605-K	F-24329
1110306	Banco Itau - Fondos Salud		88.893	76857605-K	C-0

TOTALES : 88.893 / 88.893

ADMINISTRADOR MUNICIPAL: *[Signature]*
 POR ORDEN DEL ALCALDE: *[Signature]*
 ORDENASE EL PAGO

DIRECTOR DE CONTROL: *[Signature]*
 SECRETARIO MUNICIPAL: *[Signature]*

CTA. CTE. CHEQUE N° **58654182** JEFE PRESUPUESTO FINANZAS: *[Signature]* NOMBRE: _____
 EGRESO N° FECHA DE PAGO: _____ R.U.T.: _____ FIRMA: _____

Dpto. V.E. TESORERO: *[Signature]*

RECIBI CONFORME **19 NOV 2019**