



**DECRETO DE PAGO**  
**SALUD**

MUNICIPALIDAD DE QUILLON

500.195

OK

DECRETO N° 917  
QUILLON, miércoles 16 agosto 2023

**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" Y SUS POSTERIORES MODIFICACIONES.
4. .EL D.A. N° 2.286 DEL 29/06/2021, QUE NOMBRA ALCALDE DE LA COMUNA DE QUILLON AL SEÑOR MIGUEL PEÑA JARA.
- 5.EL D.A. N°2.112 DEL 23/06/2020 DELEGA FUNCIONES Y ATRIBUCIONES QUE INDICA.
- 6.-D.A. N° 6744 DE FECHA 15/12/2022 QUE APRUE

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

SR(ES):LABORATORIO CHILE S.A

RUT:77.596.940-7

- LA PREOBLIGACIÓN ,5-149

LA SUMA DE \$:1.090.207

Y SON:UN MILLON NOVENTA MIL DOSCIENTOS SIETE PESOS M/L

**POR LO SIGUIENTE:**

PPAGO MEDICAMENTOS PARA PACIENTES DEL CESFAM QUILLON DR. ALBERTO GYHRA SOTO, ADQUIRIDO A TRVES DEL PORTAL CHILE COMPRA ORDEN NRO.: 4367-87-CC23. (CONVENIO DE MEDICAMENTOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LA RED ATENCION PRIMARIA DE SALUD MUNICIPAL RESOLUCION EXENTA NRO.: 6.229 DE FECHA 07/12/2022). SE ANEXAS CORREO ELECTRONICO QUE DA POR CERRADA ORDEN DE COMPRA , POR FALTA DE MEDICAMENTOS. SE ADJUNTA DOCUMENTACION DE RESPALDO.

**CONTABILICESE COMO SE INDICA**

| CUENTA        | C.COSTO | DENOMINACION              | DEBE    | HABER     | RUT        | DCTO.    |
|---------------|---------|---------------------------|---------|-----------|------------|----------|
| 2152204004002 | 130103  | Medicamentos Chilecompras | 515.556 |           | 77596940-7 | F-813369 |
| 2152204004002 | 130103  | Medicamentos Chilecompras | 59.500  |           | 77596940-7 | F-813769 |
| 2152204004002 | 130103  | Medicamentos Chilecompras | 515.151 |           | 77596940-7 | F-844740 |
| 1110306       |         | Banco Itau - Fondos Salud |         | 1.090.207 | 77596940-7 | C-0      |

TOTALES : 1.090.207 1.090.207



DIRECTOR DEPTO. SALUD (s)



Administrador Municipal



22 AGO 2023

Director



SECRETARIO MUNICIPAL

|           |               |        |
|-----------|---------------|--------|
| CTA. CTE  | CHEQUE N°     | NOMBRE |
| EGRESO N° | FECHA DE PAGO | FIRMA  |



JEFE DE PRESUPUESTO Y FINANZAS

TESORERO

RECIBI CONFORME