



MUNICIPALIDAD DE QUILLON

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

314.549

04

DECRETO N° 1495  
QUILLON, miércoles 13 diciembre 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):ARRIAGADA FIGUEROA HERMELO SEGUNDO

RUT: 4.999.358-7

LA SUMA DE \$:149.940

Y SON: CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS M/L

**POR LO SIGUIENTE:**

PAGO POR MATERIAL DE IMPRENTA (TALONARIO ESCALA DE DEPRESION POST PARTO) PARA PACIENTES DEL CESFAM QUILLON DR. ALBERTO GYHRA SOTO. ADQUIRIDO A TRAVES DEL PORTAL CHILE COMPRA ORDEN NRO.: 4367-559-SE23. SOLICITADO POR LA SRTA. JESSICA LEAL A. ENFERMERA DEL CESFAM, ENC. DE CALIDAD. SE ANEXA DECRETO ALCALDICIO NRO.: 3.916 DE FECHA 28/07/2023. QUE APRUEBA CONTRATACION MATERIAL DE IMPRESION. SE ADJUNTA DOCUMENTACION DE RESPALDO.

**CONTABILICESE COMO SE INDICA**

| CUENTA        | C.COSTO | DENOMINACION              | DEBE    | HABER   | RUT       | DCTO.  |
|---------------|---------|---------------------------|---------|---------|-----------|--------|
| 2152204001002 | 000000  | Material de Imprenta      | 149.940 |         | 4999358-7 | F-3308 |
| 1110306       |         | Banco Itau - Fondos Salud |         | 149.940 | 4999358-7 |        |

TOTALES : 149.940 149.940

|  |                         |   |                      |  |  |
|--|-------------------------|---|----------------------|--|--|
|   |                         |  |                      |  |  |
| DIRECTOR DEPTO. SALUD (S)  | ADMINISTRADOR MUNICIPAL | DIRECTOR DE CONTROL   | SECRETARIO MUNICIPAL |  |  |
| POR ORDEN DEL ALCALDE  |                         |   |                      |  |  |
| CTA. CTE.  | CHEQUE N°               | NOMBRE  |                      |  |  |
|  |                         | R.U.T.  |                      |  |  |
| EGRESO N° 29578916   | FECHA DE PAGO           | FIRMA   |                      |  |  |

V°B° TESORERO

RECIBI CONFORME