



**DECRETO DE PAGO**

**SALUD**

MUNICIPALIDAD DE QUILLON

520.060

OK

DECRETO N° 55  
QUILLON, miércoles 31 enero 2024

**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° 7691 DE FECHA 12/12/2023 QUE APRUE

**DECRETO: PAGUESE A TRAVES DEL SR. TESORERO MUNICIPAL A:3, 8-44**  
SR(ES) :TORRICO SOTO WILLY Y OTROS RUT: [REDACTED]

LA SUMA DE \$:1.238.549  
Y SON:UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/L

**POR LO SIGUIENTE:**

PAGO SERVICIOS PROFSSIONALES (MEDICOS Y TENS). PRESTADOS A PACIENTES DEL CESFAM QUILLON DR. ALBERTO GYHRA SOTO, POR EL MES DE ENERO/2024. (EXTENSION HORARIA). SEGUN BOLETAS HONORARIOS. 217,171,16,99 Y 102. SE ANEXAN DECRETOS ALCALDICIO QUE APRUEBA CONTRATO A HONORARIOS NROS.: 553, 582 Y 586. SE ADJUNTA DOCUMENTACION DE RESPALDO.

**CONTABILICESE COMO SE INDICA**

| CUENTA | C.COSTO DENOMINACION | DEBE | HABER | RUT | DCTO. |
|--------|----------------------|------|-------|-----|-------|
|--------|----------------------|------|-------|-----|-------|

SE ANEXA COMPROBANTE

TOTALES : 1.436.000 1.436.000

|                           |                     |                      |                              |                      |  |                      |  |
|---------------------------|---------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|--|----------------------|--|
|                           |                     |                      |                              |                      |  |                      |  |
|                           |                     |                      |                              |                      |  |                      |  |
| DIRECTOR DEPTO. SALUD (s) | DIRECTOR DE CONTROL | SECRETARIO MUNICIPAL | MINISTRO DE DEPTO. MUNICIPAL | SECRETARIO MUNICIPAL |  | SECRETARIO MUNICIPAL |  |
| CTA. CTEV                 | CHEQUE N°           | NOMBRE               | S.U.F.                       | FIRMA                |  | FIRMA                |  |
| EGRESO N° 424291337       | - PRESUPUESTO       | V°B° TESORERO        |                              | RECIBI CONFORME      |  |                      |  |
|                           | FECHA DE PAGO       |                      |                              |                      |  |                      |  |