



**DECRETO DE PAGO**

**SALUD**

DECRETO N° 144  
QUILLON, martes 14 marzo 2017

**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°4828 DE FECHA 15/12/2015, QUE APRUEBA PRESUPUESTO SALUD AÑO 2016
- LOS COMPROBANTES CONTABLES 0-19, 0-95, 0-96, 0-189, 0-190
- LAS OBLIGACIONES PRESUPUESTARIAS ,20-22,20-99,20-100,20-206,20-207

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

SR(ES) :ASCEND LABORATORIES SPA

RUT:76.175.092-5

LA SUMA DE \$:1.350.639

Y SON:UN MILLON TRESCIENTOS CINCUENTA MIL SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/L

**R LO SIGUIENTE:**

PAGO MEDICAMENTOS PARA PACIENTES DEL CESFAM QUILLON Y SUS DEPENDENCIAS SEGUN CONVENIO CON PROVEEDOR ASCEND LABORATORIES SPA.. CON LA CENTRAL DE ABASTECIMIENTO SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD. SE ADJUNTA DOCUMENTACION DE RESPALDO.

**CONTABILICесе COMO SE INDICA**

| CUENTA               | C.COSTO DENOMINACION | DEBE | HABER | RUT | DCTO. |
|----------------------|----------------------|------|-------|-----|-------|
| SE ANEXA COMPROBANTE |                      |      |       |     |       |

TOTALES : 1.350.639 / 1.350.639



|           |               |              |        |
|-----------|---------------|--------------|--------|
| CTA. CTE. | CHEQUE N°     | JEFE         | NOMBRE |
| EGRESO N° | FECHA DE PAGO | PRESUPUESTOS | R.U.T. |
|           |               | DEMANDAS     | FIRMA  |

*[Handwritten signature]*  
V.B. TESORERO

RECIBI CONFORME