



MUNICIPALIDAD DE QUILLON

DECRETO DE PAGO  
SALUD

251396

DECRETO N° 145  
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 0-2, 0-55, 0-165
  - LAS OBLIGACIONES PRESUPUESTARIAS ,20-3,20-57,20-178

DECRETO: PAGUESE A TRAVES DEL SR. TESORERO MUNICIPAL A:  
SR(ES) :INTERPHARMA S.A.

RUT:99.543.190-4

LA SUMA DE \$:114.240  
Y SON:CIENTO CATORCE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/L

OR LO SIGUIENTE:

PAGO MEDICAMENTOS PARA PACIENTES DEL CESFAM QUILLON Y SUS DEPENDENCIAS SEGUN CONVENIO CON PROVEEDOR INTERPHARMA S.A. CON LA CENTRAL DE ABASTECIMIENTO SISTEMA NACIONAL DE SERVICOS DE SALUD. SE ADJUNTA DOCUMENTACION DE RESPALDO.

CONTABILICESE COMO SE INDICA

| CUENTA        | C.COSTO DENOMINACION       | DEBE   | HABER   | RUT        | DCTO.   |
|---------------|----------------------------|--------|---------|------------|---------|
| 2152204004002 | Productos Farmacéuticos Ce | 42.840 |         | 99543190-4 | F-44864 |
| 2152204004002 | Productos Farmacéuticos Ce | 35.700 |         | 99543190-4 | F-44756 |
| 2152204004002 | Productos Farmacéuticos Ce | 35.700 |         | 99543190-4 | F-45898 |
| 1110304       | Banco Corpbanca - Fondos : |        | 114.240 | 99543190-4 | C-0     |

TOTALES : 114.240 114.240

|                        |               |                         |  |                     |  |                      |  |
|------------------------|---------------|-------------------------|--|---------------------|--|----------------------|--|
|                        |               |                         |  |                     |  |                      |  |
| DIRECTORA DEPTO. SALUD |               | ADMINISTRADOR MUNICIPAL |  | DIRECTOR DE CONTROL |  | SECRETARIO MUNICIPAL |  |
| CTA. CTE.              | CHEQUE N°     | NOMBRE                  |  |                     |  |                      |  |
| EGRESO N°              | FECHA DE PAGO | R.U.T.                  |  |                     |  |                      |  |
|                        |               | FIRMA                   |  |                     |  |                      |  |

V°B° TESORERO

RECIBI CONFORME