



DECRETO DE PAGO  
SALUD

MUNICIPALIDAD DE QUILLON

DECRETO N° 44  
QUILLON, lunes 25 enero 2021

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° 2.065 DEL 15/06/2020, 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° 3720 DE FECHA 14/12/2020 QUE APRUE

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

SR(ES):TELEFONICA MOVILES CHILE S.A.

RUT:76.124.890-1

LA SUMA DE \$:56.699

Y SON:CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/L

POR LO SIGUIENTE:

PAGO SERVICIO INTERNET CLINICA DENTAL UBICADA EN EL LICEO C-16 QUILLON, PERIODO 12/12/2020 AL 11/01/2021, SEGUN FACTURA NRO.: 65688986. SE ADJUNTA DOCUMENTACION DE RESPALDO.

CONTABILITASE COMO SE INDICA

| CUENTA     | C.COSTO | DENOMINACION              | DEBE   | HABER  | RUT        | DCTO.      |
|------------|---------|---------------------------|--------|--------|------------|------------|
| 2152205007 | 000000  | Acceso a Internet         | 56.699 |        | 76124890-1 | F-65688986 |
| 1110306    |         | Banco Itau - Fondos Salud |        | 56.699 | 76124890-1 |            |

TOTALES : 56.699 56.699

|                             |  |                             |  |                             |  |
|-----------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------|--|
| I. Municipalidad de Quillón |  | I. Municipalidad de Quillón |  | I. Municipalidad de Quillón |  |
| DIRECCION SALUD MUNICIPAL   |  | ADMINISTRADOR MUNICIPAL     |  | DIRECTOR DE CONTROL         |  |
| DIRECTOR (a) DEPTO. SALUD   |  | ADMINISTRADOR MUNICIPAL     |  | DIRECTOR DE CONTROL         |  |
| Por orden del Alcalde       |  | Por orden del Alcalde       |  | SECRETARIO MUNICIPAL        |  |
| CTA. CTE.                   |  | CHEQUE N°                   |  | NOMBRE                      |  |
| EGRESO N° 1165 11036        |  | FECHA DE PAGO               |  | R.U.T.                      |  |
|                             |  | PRESUPUESTO Y FINANZAS      |  | FIRMA                       |  |
|                             |  | DEPTO. DE SALUD             |  | TESORERO                    |  |
|                             |  |                             |  | RECIBI CONFORME             |  |