HOSPITAL DE CASTRO
**A-315**

**RESOLUCIÓN EXENTA Nº** 2987

**CASTRO,** 06 ABR. 2018

**REF:** Autoriza adquisición que indica y aprueba pago de factura.

**VISTOS:** Las necesidades del Servicio, la Res. N° 1600/08 y N° 10/2017, Res. Nº 488/97 de la Contraloría General de la República, el DL N° 2.763/79 modificado por la Ley 19.937/04, Decreto Supremo Nº 140/05, Ley 21.053/2017 del Ministerio de Hacienda que aprueba presupuestos al Sector Público año 2018, Res. N° 12210 de fecha 29/12/2017 de la Dirección del Servicio de salud Chiloé, la Ley Nº 19.886 de 29/08/2003 sobre Base de Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios, Trato directo por urgencia, Ley Nº 19.886 Art. 8 C, ATENCION DE PACIENTE ROSARIO PEREZ VELASQUEZ.

**CONSIDERANDO**: Que, es necesario regularizar atención de urgencia brindada a la paciente ROSARIO PEREZ VELASQUEZ, para la realización de ARTERIOGRAFIA DE EXTREMIDADES, con riesgo de amputación.

Que, de conformidad a lo establecido en la Ley de Compras, será informado a través de las instancias establecidas.-

Que la Empresa, **CLINICA DE PUERTO VARAS SPA**, es conveniente a los intereses del servicio, y se encontraba disponible oportunamente al momento del requerimiento que se ejecutó a través de correos electrónicos, los cuales se adjuntan a esta resolución.

## R E S U E L V O

1. **FORMALÍCESE** el contrato de la presente adquisición mediante la Emisión de la Orden de Compra y su posterior Aceptación por parte del Oferente individualizado.

2. **AUTORÍZASE**, la adquisición y pago a la empresa:

| | |
|---|---|
| **NOMBRE ó RAZON SOCIAL** | **: CLINICA DE PUERTO VARAS SPA.** |
| **R.U.T.** | **: 76.489.841-9** |
| **VALOR TOTAL** | **: $ 758.320.-** |

3. **AUTORÍZASE,** el pago de la factura, previa recepción conforme.

4. **IMPÚTESE** el gasto total de esta cancelación ascendente a la suma de $ 758.320.- (Setecientos cincuenta y ocho mil trescientos veinte pesos) con cargo a la ley de presupuestos para el año 2017 del Hospital de Castro, a la siguiente imputación presupuestaria:

| | | |
|---|---|---|
| COMPROMISO PRESUPUESTARIO Nº 613 | | FECHA: 03 ABR. 2018 |
| IMPUTACION SUB-TITULO | 22.12.999.003.02 | VALOR: $ 758.320.- |
| ITEM | | SALDO: $ — |

5. **PÓNGASE** la presente Resolución en conocimiento de: interesado, Abastecimiento y Oficina de Partes.

DR. FBV/SDA/LMP/CRAL (S) CGM/JA. CGM/rab

REFRENDACION
PRESUPUESTARIA
FT/SCI

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ ★ DIRECTOR ★ HOSPITAL CASTRO

**DR. FREDDY BARCÁZAR VALDÉS**
**DIRECTOR (S) HOSPITAL DE CASTRO**

Ramón Freire Nº 852 • Castro • Fono: (56) (65) 4904858 • Fax: (56) (65) 490486
e-mail: abastecimiento@hospitalcastro.gov.cl