Gobierno de Chile

Servicio de Salud Chiloé

HOSPITAL DE CASTRO
Abast/aoo
A - 598

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 506 /

CASTRO, 11 JUN. 2018

REF: Adjudica adquisición que indica y aprueba pago de factura.

VISTOS: Las necesidades del Servicio, la Res. N° 1600/08 y N° 10/2017 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° 4433 de fecha 07/05/2018 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, Orden de Atención de paciente MARIA AVENDAÑO VERA de la Unidad de Medicina, emitida por la Dr. Maldonado, ORDEN DE COMPRA 1514-2531-SE18.

CONSIDERANDO: Que, constando solicitud de médico tratante de servicio, que da cuenta de la urgencia de la prestación, se procede a adquirir examen TEST GENETICO PARA ENFERMEDAD DE HUNTIGTON para confirmación diagnóstico de Paciente MARIA AVENDAÑO VERA, se autoriza realización de examen anexándose todos los datos correspondientes.

Que, de conformidad a lo establecido en la Ley de Compras, será informado a través de las instancias establecidas, realizándose trato directo como urgencia siendo el más rápido en informar el examen realizado.-

Que, la Empresa SOCIEDAD DE LABORATORIOS DEL DESARROLLO S.A, es conveniente a los intereses del servicio, cumpliendo con las normativas anteriormente señaladas.

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 de examen para el paciente SOCIEDAD DE LABORATORIOS DEL DESARROLLO S.A del Hospital de Castro a la Empresa que se indica:

   SOCIEDAD DE LABORATORIOS DEL DESARROLLO S.A

   RUT: 76.044.889-3

   VALOR TOTAL $ 70.000.-

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

3. **IMPÚTESE** el gasto total de esta cancelación ascendente a la suma de $ 70.000.- (Setenta mil pesos) con cargo a la ley de presupuestos para el año 2018 del Hospital de Castro, a la siguiente imputación presupuestaria:

COMPROMISO PRESUPUESTARIO Nº 1094 FECHA: 07 JUN. 2018

IMPUTACION SUB-TITULO

ITEM 22 12 999 02 VALOR $ 70.000.- SALDO 1962880

Freire N° 852 Castro • Fono: (56-65) 490485 - 490486 • Fax: (56-65) 490486
e-mail: abastecimiento@hospitalcastro.

Gobierno de Chile

Servicio de Salud Chiloé

HOSPITAL DE CASTRO
Abast/aoo
A - 598

4. **PÓNGASE** la presente Resolución en conocimiento de: Contabilidad, Adquisiciones y Oficina de Partes.
DR. JFRM/SDA/LMP/CRAL/ADP/JA/CGM/aoo

REFRENDACION
PRESUPUESTARIA
FTP/SCI

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

DR. JOSÉ FRANCISCO RICAURTE MENDOZA
DIRECTOR (S) HOSPITAL DE CASTRO

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ
DIRECTOR
HOSPITAL CASTRO

Freire N° 852 Castro • Fono: (56-65) 490485 - 490486 • Fax: (56-65) 490486
e-mail: abastecimiento@hospitalcastro.