Gobierno de Chile

Servicio de Salud Chiloé

HOSPITAL DE CASTRO

**A-634**

5228

**RESOLUCIÓN EXENTA Nº _____/**

**CASTRO,** 18 JUN. 2018

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

**VISTOS:** Las necesidades del Servicio, Res. N°1600/08, Res. Nº488/97 de Contraloría General de la República, el DL N° 2.763/79 modificado por la Ley 19.937/04, Decreto Supremo Nº140/2005, Ley 21.053/17 del Ministerio de Hacienda que aprueba los presupuestos para el Sector Público para el año 2018, Res. N° 4433 07-05-2018 del Servicio de Salud Chiloé, la Ley Nº19.886 de 29/08/2003 sobre Base de Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios, en especial su Art. 10 N° 8 de la ley de compras 19.886. ID N° 1514-2650-SE18 **COMPRA BOMBA MECANICA DE INFUSION**.

**CONSIDERANDO**: Que, es necesario la compra de Bomba Mecánica de Infusión para Policlínico POLI DOLOR, para el normal funcionamiento del Hospital de Castro.

Que, este producto no se encuentra en Convenio Marco.
Que, se adjunta cotizaciones de proveedores.
Que, de conformidad a lo establecido en la ley de Compras, la adquisición es igual o inferior a 10 UTM.
Este proceso será informado a través del Mercado público, como Trato Directo.

Que, la Empresa **FARMACEUTICA INSUVAL S.A.,** es conveniente a los intereses del Servicio, cumpliendo con las normativas anteriormente señaladas.

## R E S U E L V O

1. **FORMALICESE,** el contrato de la presente adquisición mediante la Emisión de 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** | : | **FARMACEUTICA INSUVAL S.A.** |
| **R.U.T.** | : | **77.768.990-8** |
| **VALOR TOTAL** | : | **$ 460.530.-** |

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

4. **IMPÚTESE** el gasto total de esta cancelación ascendente a la suma de $ 460.530.- (Cuatrocientos sesenta mil quinientos treinta pesos) con cargo a la ley de presupuestos para el año 2018 del Hospital de Castro, a la siguiente imputación presupuestaria:

| | | |
|---|---|---|
| COMPROMISO PRESUPUESTARIO Nº | 1170 | FECHA: 18 JUN. 2018 |
| IMPUTACION SUB-TITULO | 22.04.005 | VALOR: $ 460.530.- |
| ITEM | | SALDO: $ 0 |

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

DR. JRM/SDA.LMP/CRAL.MDP/JA.CGM/cba

REFRENDACION PRESUPUESTARIA FTSCI

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ ★ DIRECTOR ★ HOSPITAL CASTRO

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

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