Gobierno de Chile

A-715

6086

RESOLUCIÓN EXENTA Nº _____/

CASTRO, 12 JUL. 2018

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

VISTOS: La ley N° 19.886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios; el Decreto N° 250, de 2004, del Ministerio de Hacienda, que aprueba el Reglamento del citado cuerpo legal; la Resolución N° 1.600, de 2008 de la Contraloría General de la República, que establece normas sobre exención del trámite de toma de razón; ley Nº 21.053/17 del Ministerio de Hacienda que aprueba presupuesto al Sector público y sus posteriores modificaciones para el año 2018, Res. N° 4433 07-05-2018 del Servicio de Salud Chiloé. En especial su Art. 10, Nº 4. ID N° 1514-2996-SE18 **ELECTRODOS DE MONITOR ELECTROENCEFALOGRAMA**.

CONSIDERANDO: Que, es necesario la compra de Electrodos de monitor Electroencefalograma, para el normal funcionamiento del servicio de Neonatología del Hospital de Castro.

Que de conformidad a lo establecido a la ley de compras este proceso será informado en el Portal www.mercadopublico.cl como TRATO DIRECTO, siendo el Único Proveedor Representante de la marca.

Que, la Empresa: **HEMISFERIO SUR 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 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 : HEMISFERIO SUR S.A.
   R.U.T. : 96.533.330-4
   VALOR TOTAL : $ 404.600.-

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

4. **IMPÚTESE** el gasto total de esta cancelación ascendente a la suma de **$ 404.600**.- (Cuatrocientos cuatro mil seiscientos pesos) con cargo a la ley de presupuestos año 2018 del Hospital de Castro, a la siguiente imputación presupuestaria:

   COMPROMISO PRESUPUESTARIO Nº 1348 FECHA: 10 JUL. 2018

   IMPUTACION SUB-TITULO 22.04.005

   ITEM _____ VALOR $ 404.600.- SALDO _____

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

DR. JRM /SDA. LMP /CRAL. ADP /JA. CGM /jda

REFRENDACION PRESUPUESTARIA
FT/SCI/

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ DIRECTOR HOSPITAL CASTRO

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

Ramón Freire Nº 852 Castro • Fono: (56) (65) 490485 • Fax: (56) (65) 490486
e-mail: abastecimiento@hospitalcastro.cl