Gobierno de Chile

Servicio de Salud Chiloé

**HOSPITAL DE CASTRO**
Abast/jda

6546

**RESOLUCIÓN EXENTA N°** _____/

**CASTRO** 25 JUL. 2018

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

**VISTOS:** La Ley N° 19886, de Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios; la Resolución N° 1600/2008 y N° 10/2017 de la Contraloría General de la Republica, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón; Ley 21.053/2017 del Ministerio de Hacienda que aprueba los presupuestos para el sector Público y sus modificaciones posteriores, Resolución N° 4433 de fecha 07-05-2018 de la Dirección del Servicio de Salud Chiloé, D.S N° 250/04 sobre Base de Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios, Trato directo por proveedor Único Ley Nº 19.886 Art. 8 d y en el reglamento Art. 10 número 4, regulariza factura N° 666807, nota de crédito N° 8348 de la empresa NAVIERA CRUZ DEL SUR LTDA.

**CONSIDERANDO:** Que, es necesario realizar el transbordo en el Canal de Chacao de los vehículos del Hospital Castro, siendo en ese momento el único medio de transporte disponible que nos permitió salir desde la Isla a la Ciudad de Pto. Montt por traslado de paciente vía terrestre.

Que, de conformidad a lo establecido en la Ley de Compras, por ser una necesidad de importancia el trasbordo de los vehículos del Hospital para el traslado de pacientes, se hace trato directo.-

Que, es necesario efectuar el pago de factura a NAVIERA CRUZ DEL SUR LTDA.-

## RESUELVO

1. **AUTORÍZASE,** el pago de los transbordo de vehículos correspondiente al Hospital de Castro Junio 2018 a la empresa que se indica:

   **NAVIERA CRUZ DEL SUR.**
   **RUT: 86.894.500-1**

   **TOTAL $ 6.200.-**

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

3. **IMPÚTESE** el gasto total de esta cancelación ascendente a la suma de $ 6.200.- (Seis mil doscientos pesos) con cargo a la ley de presupuestos para el año 2018 del Hospital de Castro, a la siguiente imputación presupuestaria:

| | | |
|---|---|---|
| COMPROMISO PRESUPUESTARIO Nº | | FECHA: |
| IMPUTACION SUB-TITULO | 22-08-007 | |
| ITEM | VALOR $ 6.200.- | SALDO: _____ |

4. **PÓNGASE** la presente Resolución en conocimiento de: Contabilidad, Abastecimiento y Oficina de Partes.

DR. JFRM/SDA/CMP/CRAU/ADP/JA. CGM/jda

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ DIRECTOR

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

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