



A-789

6806

RESOLUCIÓN EXENTA N° _____/

CASTRO,

01 AGO 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; la Resolución N° 1.600/2008 y N°10/2017 de la Contraloría General de la República, 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. El Art. 10 #8 del reglamento. ORDEN DE COMPRA 1514-3310-SE18.

CONSIDERANDO: Que, es necesario la compra de Taller de Comics Infantil para el Comité de Buenas Prácticas Laborales, correspondiente a Proyecto MEL 2018, denominado "Semana de la Familia".

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 Srta. Alejandra Muñoz Ruíz, Encargada de la Unidad de Capacitación, da V° B° y recomienda la adquisición a la empresa VICTOR HUGO ALARCON PEREZ, por ser conveniente a los intereses del servicio, cumpliendo con las normativas anteriormente señaladas.

RESUELVO

1. **AUTORIZÁZASE**, la adquisición y pago a la empresa:

NOMBRE ó RAZON SOCIAL	: VICTOR HUGO ALARCON PEREZ.
R.U.T.	: 16.159.321-4
VALOR TOTAL	: \$ 88.889.-

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

3. **IMPÚTESE** el gasto total de esta cancelación ascendente a la suma de \$ 88.889.- (Ochenta y ocho mil ochocientos ochenta y nueve pesos) con cargo a la ley de presupuestos año 2018 del Hospital de Castro, a la siguiente imputación presupuestaria:

COMPROMISO PRESUPUESTARIO N°	_____ 1536	FECHA:	_____ 01 AGO. 2018
IMPUTACION SUB-TITULO	22.11.999	VALOR	\$ 88.889.-
ITEM	_____	SALDO	_____

4. **PÓNGASE** la presente Resolución en conocimiento de: interesado, Abastecimiento y Oficina de Partes. DR. ACV/SDA. LMP/CRAL. (S) CGM /JA.CGM/rab

REFRENDACION
PRESUPUESTARIA
SCI/FTP

ANOTESE Y COMUNIQUESE



DR. ARTURO CERDA VERDEJO
DIRECTOR (S) HOSPITAL CASTRO