



A-359

3133

RESOLUCIÓN EXENTA N° _____/

CASTRO, 28 MAR. 2019

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 N° 21.125/18 del Ministerio de Hacienda que aprueba presupuesto al Sector público y sus posteriores modificaciones para el año 2019, Res. N° 811 del 25/01/2019 de la Dirección del Servicio de Salud Chiloé. En especial su Art. 10, N° 4. ID N° 1514-1037-SE19.

CONSIDERANDO: Que, es necesario la compra de **LIGACLIP MEDIUM 12X8 CLIP (CLIPERA AUTOMAT.) PL569T**, para el normal funcionamiento del Servicio de Pabellón 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: **B BRAUN MEDICAL SPA.** es conveniente a los intereses del Servicio, cumpliendo con las normativas anteriormente señaladas.

RESUELVO

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. **AUTORIZÁSE**, la adquisición y pago a la empresa:

NOMBRE ó RAZON SOCIAL : B BRAUN MEDICAL SPA.
R.U.T. : 96.756.540-7
VALOR TOTAL : \$ 928.200.-

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

4. **IMPÚTESE** el gasto total de esta cancelación ascendente a la suma de **\$ 928.200.-** (Novecientos veintiocho mil doscientos pesos) con cargo a la ley de presupuestos año 2019 del Hospital de Castro, a la siguiente imputación presupuestaria:

COMPROMISO PRESUPUESTARIO N° _____

FECHA: 25 MAR. 2019

IMPUTACION SUB-TITULO 22.04.005.003

ITEM _____ VALOR \$ 928.200.-

SALDO 10895778

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

DR.(S) ACV/SDA: *[Handwritten Signature]* /MP/CRA/LADP/JA/CGM/jda

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ
DIRECTOR
DR. ARTURO CERDA VERDEJO
DIRECTOR (S) HOSPITAL DE CASTRO