

Santa Beatriz 71, Local 2. Providencia
 E-mail: dentalamericacl@gmail.com
 Teléfonos: 228484171 / 228484254

R.U.T.: 78.333.650-2
FACTURA ELECTRONICA
 N° 43408

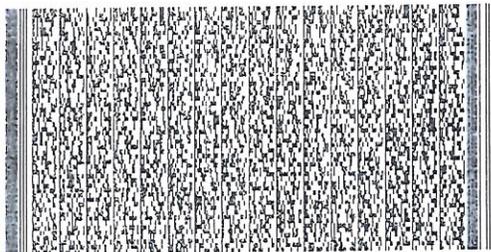
S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE
 Santiago, 19 de octubre de 2020

Señor(es) : Corporacion Municipal del Desarrollo Social Calama Teléfono : 55-2540418/2540558
 R.U.T. : 70.954.900-6
 Giro : COMERCIAL
 Dirección : Av. O'Higgins 452
 Comuna : CALAMA Ciudad : CALAMA

Referencia : ORDEN DE COMPRA: Nro. 2020000001138 del 19-10-2020

Item	Código	Descripción	U.M	Cantidad	Precio Unit.	Valor Dcto.	Valor
1	37-RN14	MANGUERA 4 MM X METRO	UN	10,00	504,00	0,00	5.040
2	37-RN15	MANGUERA 6 MM X METRO	UN	10,00	588,00	0,00	5.880
3	37-RV051	PEDAL REDONDO CON CORTE DE AGUA (ROSON)	UND	1,00	18.487,39	0,00	18.487
4	37-RN08	MANGUERA PARA HEMOSUCTOR	RPT	10,00	6.302,52	0,00	63.025

SON: CIENTO NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO .--



Timbre Electronico S.I.I.
 Resolución 80 del 22/06/2014 Verifique Documento: <http://www.sii.cl>

Neto: \$ 92.432
 19% I.V.A. \$ 17.562
 Total : \$ 109.994

Observaciones:
CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA
AREA ADQUISICIONES SALUD
 Cancelado por : **05 NOV. 2020**
 HORA: _____

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202000001138 A 202000001138

Fecha Emisión : 15/09/2020 A 15/09/2020

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.
Producto	Centro de Costo		Cantidad	
202000001138	78333650-2	2020001156	15/09/2020	31
27001242	MANGUERA 4 mm/mtr 0004016	UNIDAD CENTRAL DIRECCION SALUD		10.00
27001260	MANGUERA PARA HEMOSUCTOR 0004016	UNIDAD CENTRAL DIRECCION SALUD		10.00
27001261	MANGUERA 6 mm/mtr 0004016	UNIDAD CENTRAL DIRECCION SALUD		10.00
28001018	PEDAL REDONDO CON CORTE DE AGUA (ROSON) 0004016	UNIDAD CENTRAL DIRECCION SALUD		1.00

Rut _____
Firma _____
Nombre _____

Entregado Conforme



Rut _____
Firma Se Adjunta Memorie
Nombre IBdo por Recepcion
CONFIRME

Recibido Conforme

MEMO N° 1806.-

CALAMA, 28 de Octubre del 2020

**DE : ASESOR TECNICO
DEPARTAMENTO DE SALUD**

**A : DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD
SRA. XIMENA VELASQUEZ ARANCIBIA**

1. Junto con saludar informo recepción conforme de factura adjunta y a la vez solicito autorización de pago de lo que a continuación se menciona:

N° FACTURA	EMPRESA	RUT	VALOR FACTURA
43408	DENTAL AMERICA	78.333.650-2	\$ 109.994

2. Lo anterior con cargo a Convenio de Ejecución "Ges Odontológico" Resolución Exenta N°992 del 01 de abril del 2020.

Saluda atentamente.



Carolina Osorio León
Asesor Técnico Dirección de Salud

AVA/COL/col.-
Distribución:
- La indicada
- Archivo

