



**CARROT SUPPORT S.A.**  
 REPARACION DE OTROS TIPOS DE EQUIPO  
 Casa Matriz: AVDA TOBALABA 1469, Providencia, SANTIAGO.  
 Fono: 22250990 / 22049407 / +569 93293042 / +569 74080869 -  
 Email: josemanuel@grupolecaros.com

RUT: 99.563.950-5  
**FACTURA ELECTRÓNICA**  
 N° 00001434

S.I.I. - UNIDAD PROVIDENCIA

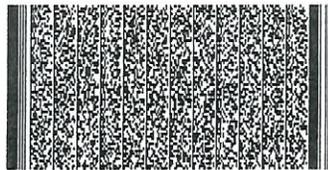
<b>Señor(es)</b>	CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA	<b>Fecha</b>	08-10-2020
<b>RUT</b>	70954900-6	<b>Dirección</b>	AV. BERNARDO O'HIGGINS N°1155 VILLA CASPANA
<b>Ciudad</b>	Calama	<b>Giro</b>	EDUCACION-SALUD
<b>Comuna</b>	Calama	<b>Condiciones de pago</b>	CREDITO 30 DIAS
<b>Vencimiento</b>	07-11-2020		

Glosa	Cantidad	Prc.Unit	Desc/Rcrg	Afecto IVA	Imp.Esp.	Monto
BOTELLA AGUA DESTILADA 1000CC	2	\$ 14.500		SI		\$ 29.000
MANGUERA MIDWEST ULTRABLANDA U.S.A FREELINWADE	5	\$ 15.870		SI		\$ 79.350

Sistema de gestión www.Facto.cl

**REFERENCIAS** Guía de despacho electrónica Nro. 548 del 08-10-2020  
 Orden de compra Nro. 202000001139 del 15-09-2020

<b>Monto Neto</b>	\$ 108.350
<b>Monto Exento</b>	
<b>IVA 19%</b>	\$ 20.587
<b>Total</b>	\$ 128.937



Timbre Electrónico SII  
 Resolución Ex. SII N° 80 de 2014  
 - Verifique documento: www.sii.cl

**Formas de pago:**



**Transferencia bancaria**  
 BCI - Cuenta corriente 86793217 Titular CARROT SUPPORT S.A. - RUT 99563950-5 patriciagerencia@gmail.com



**LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA**

Orden de Compra : 202000001139 A 202000001139

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

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.
Producto	Centro de Costo			Cantidad
202000001139	99563950-5	2020001157	15/09/2020	9
21003212	BOTELLA AGUA DESTILADA 1000cc	0004016	UNIDAD CENTRAL DIRECCION SALUD	4.00
27001242	MANGUERA MIDWEST ULTRABLANDA U.S.A. FREELINW	0004016	UNIDAD CENTRAL DIRECCION SALUD	5.00

Rut \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Nombre pp.

Entregado Conforme



Rut \_\_\_\_\_  
Firma SE ADJUNTA MEMO N° 1729.  
Nombre RECEPCION CONFORME DE FACTURA N° 1434.

Recibido Conforme

**MEMO N° 1729.-**

**CALAMA, 13 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:

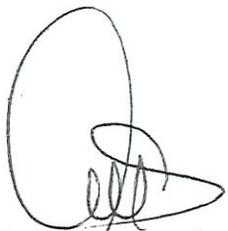
<b>N° FACTURA</b>	<b>EMPRESA</b>	<b>RUT</b>	<b>VALOR FACTURA</b>
1434	CARROT SUPPORT	99.563.950-5	\$ 128.937

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

Saluda atentamente.



*XVA*  
**XVA/COL/col.-**  
Distribución:  
- La indicada  
- Archivo

  
**Carolina Osorio León**  
**Asesor Técnico Dirección de Salud**

*VCS*  
**ADQUISICION  
GESTIONAR PAGO**

