

Señor(es)	CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA	RUT	70.954.900-6
Giro	Educación	Fecha Emisión	06 de octubre de 2021
Dirección	Av. Bdo. O'Higgins 1155	Comuna	CALAMA
Fecha Vencimiento	08 de noviembre de 2021		

DATOS DE PAGO	
Forma	Crédito
Medio	Pago a Cta. Cte.
Términos	

DATOS DE DESPACHO	
Chofer	RUT Chofer
Patente	RUT Transportista
Dirección	AV. BDO. O'HIGGINS 542.CALAMA.CALAMA.

DETALLES					
Código	Descripción	Cantidad	Precio Unitario	Ind	Total
200268477	TONER NEGRO TIPO IM550	2	83.698	AF	167.396



Depositar o transferir a:
 NEWTEC SERVICIO LTDA.
 RUT: 76.410.814-0
 Cta. Cte. 54011035 BCI
 e-mail: contacto@newtecservicio.cl
 www.newtecservicio.cl

REFERENCIAS			
Tipo Documento Referenciado	Folio	Fecha	Razón Referencia
Guía de Despacho Electrónica	226	06-10-2021	
Orden de Compra	2021000000 2046	29-09-2021	SALUD

TOTALES	
Monto Neto	167.396
19% IVA	31.805
Total	199.201



LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202100002046 A 202100002046

Fecha Emisión : 29/09/2021 A 29/09/2021

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202100002046	76410814-0	2021002070	29/09/2021	2			
4009004	TONER PARA MULTIFUNCIONAL IM550 0004023	SAR ALEMANIA "SERVICIO ALTA F		2	167,396	31,805	199,201

Total Neto : 167,396

Total IVA : 31,805

Total : 199,201

Rut

Firma

Nombre



Entregado Conforme

Rut

Firma

Nombre

Recibido Conforme en
Gremio N° 215
SAR. Alemania

Recibido Conforme

DE : EU. CORAL ORTEGA MENDOZA
COORDINADORA SAR ALEMANIA

A : EU. EDITH GALLEGUILLOS LEDEZMA
DIRECTORA DEPTO DE SALUD COMDES CALAMA

ATT : CAROLINA PEREZ FLORES
ASESOR TECNICO DEPARTAMENTO DE SALUD COMDES CALAMA.

Junto con saludar, mediante el presente envío a usted, factura N° 2428 de Newtec.
Recibo conforme 2 Toner negro tipo IM550.

Lo anterior para su conocimiento y fines a que dé lugar.
Sin otro particular, se despide atentamente.



EU. CORAL ORTEGA MENDOZA
COORDINADORA SAR ALEMANIA

COM/emg
C/C.: Archivo.

DE:	DIRECTOR DEPTO. SALUD
A:	<i>[Handwritten signature]</i>
<input type="checkbox"/>	SU CONOCIMIENTO
<input checked="" type="checkbox"/>	GESTIONAR LO SOLICITADO
<input type="checkbox"/>	FINES PERTINENTES
<input type="checkbox"/>	APORTAR ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/>	ANALIZAR Y EMITIR OPINION
<input type="checkbox"/>	ARCHIVO
<input type="checkbox"/>	CONVERSAR CON EL SUSCRITO

20 OCT. 2021

CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA DEPARTAMENTO SALUD	
20 OCT. 2021	
REG. N°:	<i>2632</i>
HORA:	