



LABORATORIO HOSPIFARMA CHILE LIMITADA

Giro: Venta, Compra, Comercialización, Distribución, Importación y
Exportación de Productos Farmacéuticos, Químicos, Cosméticos, Agroalimenticios,
Equipos y Accesorios Médicos.

LOS CONQUISTADORES 1730, OFICINA 1801, PROVIDENCIA, SANTIAGO

TELÉFONO: 56-2-23374400 - FAX: 56-2-23374405

Email: contacto@hospifarma.cl - Web: www.hospifarma.cl

R.U.T.: 76.133.312-7

FACTURA ELECTRÓNICA

Nº 160608

S.I.I. - SANTIAGO NORTE

SEÑOR(ES) : CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL	DESPACHAR (A) : CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO
GIRO : CORPORACION MUNICIPAL	DIRECCIÓN : CALLE PEINE Nº 766 - VILLA CASPANA
R.U.T. : 70954900-6	COMUNA : CALAMA
DIRECCIÓN : Av. BERNARDO O'HIGGINS Nº 1155	CIUDAD : CALAMA
COMUNA : CALAMA	TELÉFONO : 55 (2) 711823
CLIENTE Nº : C70954900-6	HORARIO RECEPCIÓN :
TELÉFONO : 55 (2) 711823	

VENDEDOR	PEDIDO SAP	FACT. SAP	CÓDIGO DE COMPRAS	ORDEN DE COMPRA
Milena Juica	78744	151593		20210000001436
FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	CONDICIÓN DE PAGO	GUÍA DE DESPACHO	
17-08-2021 16:58	17-09-2021	30 días		

Código	Descripción	Cantidad	Lote	F. Venc.	Unidad	P. Unit.	Desc.	Total
SEV0009	ESOMEPRAZOL (B) 40 MG X 30 CAP.	60	E210446	31/12/2022	60	3350	0	201000

SON: DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO NOVENTA PESOS.-

INFORMACIÓN BANCARIA: BANCO SANTANDER A LA CUENTA 6476154-4 BANCO ESTADO A LA CUENTA 8175730 BANCO CHILE A LA CUENTA 1760514605 EMAIL: tesoreria@hospifarma.cl	CANCELADO de de	MONTO NETO \$ 201.000 DESCUENTO \$ 0 IVA (19%) \$ 38.190 TOTAL \$ 239.190
--	--------------------	--



Nombre	R.U.T.
Fecha	Recinto
Firma	

"El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4º y la letra c) del Art. 5º de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercadería o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)".



LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202100001436 A 202100001436

Fecha Emisión : 21/07/2021 A 21/07/2021

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.		
Producto	Centro de Costo		Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202100001436	76133312-7	2021001459	21/07/2021	370		
20001008	CLONIXINATO DE LISINA.10					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		100	56,500	10,735	67,235
20001242	IBUPROFENO 200MG/5ML					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		20	10,600	2,014	12,614
20001401	ACICLOVIR CREMA 5%. 15G					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		30	14,700	2,793	17,493
20001454	VIT D 800UI .30COM					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		30	45,000	8,550	53,550
20001472	ESOMEPRAZOL 40MG					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		60	201,000	38,190	239,190
20001622	KETOPROFENO 100MG.					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		30	21,630	4,110	25,740
20001642	ACIDO MEFENAMICO 500 MG.					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		100	37,500	7,125	44,625

Total Neto : 386,930

Total IVA : 73,517

Total : 460,447

Rut

Firma

Nombre

ROSA ROJAS BUCHE

QUIMICO FARMACEUTICO

Entregado Conforme

**FARMACIA CIUDADANA
DE CALAMA**

Rut

Firma

Nombre

ROSA ROJAS BUCHE

QUIMICO FARMACEUTICO

Recibido Conforme

**FARMACIA CIUDADANA
DE CALAMA**

**MEMO N° 054 (FARMACIA CIUDADANA)
CALAMA, 23 de AGOSTO del 2021.-**

**DE: DIRECTOR TECNICO FARMACIA CIUDADANA
Q.F. ROSA ROJAS BUGUEÑO**

**A: DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD
SRTA. EDITH GALLEGUILLOS LEDEZMA.**

1. Mediante el presente, informo a usted que se ha recepcionado conforme y fue ingresado a Farmacia Ciudadana, los Fármacos señalados en **Factura N°159688-160608** correspondiente a proveedor: **LABORATORIO HOSPIFARMA CHILE LTDA.**, por un valor de \$ 406.897.-
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°202100001436.**
3. Lo anterior con cargo a Ítem: **Decreto N°574/26-Abr-216** "Convenio de Colaboración Farmacia Ciudadana".

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente,



**Q.F. ROSA ROJAS BUGUEÑO
DIRECTOR TECNICO
FARMACIA CIUDADANA**

EGL/RRB/rrb.
Distribución:
- La indicada
- Archivo

