



DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS DE LABORATORIO,
DIAGNOSTICO, QUIMICO, CLINICO Y MEDICO

Las Encinas 1495, Valle Grande, Lampa, Santiago, CHILE

Teléfono : (56-2) 2838 5000 Fax : (56-2) 2838 5050 www.farmalatina.cl

Contactos : ventas@farmalatina.cl

analitica@farmalatina.cl

R.U.T. 79.728.570-6
FACTURA ELECTRONICA

N° 217226

S.I.I. - SANTIAGO PONIENTE

Nombre: **CORPORACION MUNICIPAL DESARROLLO SOCIAL CALAMA**
CORPORACION MUNICIPAL DESARROLLO SOCIAL CALAMA

Fecha: **25/07/2022**

Código Cliente: **709549006**

Dirección: **Av. BERNARDO O'HIGGINS**

Nro.: **1155**

Condiciones Venta: **CREDITO 30 DIAS F/F**

Comuna: **Calama**

Ciudad: **Calama**

Fecha Vencimiento: **24/08/2022**

Región: **Segunda Región (de Antofagasta)**

País: **CHILE**

Vendedor: **SERGIO ALCAYAGA**

Teléfono: **55-365900**

Fax: **55-362287**

RUT: **70.954.900-6**

Orden de compra: **202200000360**

Giro: **MUNICIPALIDADES**

Nota de Venta: **187157**

Despacho: **LABORATORIO CLINICO COMDES**

Dirección Entrega: **ESMERALDA 1814 VILLA CHICA**

Comuna: **Calama**

Ciudad: **Calama**

Solicitante:

Recibe:

Teléfono:

Observaciones: **CTA. CTE. DOM**

28/07/22

#	Código	Cant	Descripción	Marca	Precio	Total
1	KA-2650	70	ASA CALIBRADA, PLASTICA, ESTERIL 1UL (BLANCA) X 20UN	Kartell	990	69,300
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						



Subtotal \$ 69,300

Total Neto \$ 69,300

IVA 19% 13,167

Total \$ 82,467

Timbre Electrónico SII

Res. N° 89 de 2011 Verifique documento en www.sii.cl

Nombre:			Firma:
Fecha:	RUT:		
Recinto:			

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

FAVOR CANCELAR CON CHEQUE NOMINATIVO A NOMBRE DE FARMALATINA O DEPOSITAR EN LAS SIGUIENTES CUENTAS CORRIENTES:

BANCO SANTANDER SANTIAGO N° 06-4601274-7

BANCO DE CHILE N° 159-15364-06

BANCO ESTADO N° 5544301

Impreso: 25/07/2022 11:12 LSB

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202200000360 A 202200000360

Fecha Emisión : 04/04/2022 A 04/04/2022

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo		Cantidad	Valor Neto	IVA	Total	
202200000360	79728570-6	2022000365	04/04/2022	154			
1030	KIT HEMORRAGIA OCULTA HEXAGON OBTI. CAI						
	0004010	LABORATORIO CLINICO.	2	139,800	26,562	166,362	
21001193	REFERENCCELLS A&B (ENTREGA 1 MENSUAL) CA						
	0004010	LABORATORIO CLINICO.	2	91,200	17,328	108,528	
21001195	WEAK D CELLS (ENTREGA 1 MENSUAL) CADUCID						
	0004010	LABORATORIO CLINICO.	2	115,200	21,888	137,088	
21001271	COR QC TEST SYSTEM (ENTREGA 1 MENSUAL) C.						
	0004010	LABORATORIO CLINICO.	2	199,000	37,810	236,810	
21001289	SYPHILIS RPR TEST. CADUCIDAD 6 MESES COD.5						
	0004010	LABORATORIO CLINICO.	6	537,000	102,030	639,030	
21003001	ASA CALIBRADA 1 ul DESECHABLE CADUCIDAD.						
	0004010	LABORATORIO CLINICO.	140	138,600	26,334	164,934	

Total Neto : 1,220,800

Total IVA : 231,952

Total : 1,452,752

Rut

Firma

Nombre

Entregado Conforme



Rut

Firma

Nombre

Recupación Conforme
MEMO N° 259
Dir. de Lab. Clínico

Recibido Conforme

MEMO. N° 259.-

CALAMA, 01 de agosto del 2022.

DE : DIRECTORA TECNICA LABORATORIO CLINICO

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

AT : ENCARGADA DE ADQUISICIONES
SRA. MARCELA VARAS LEON

1. Mediante el presente, informo a usted que se ha recepcionado conforme los insumos señalados en la **Factura N° 217226** por un valor de \$82.467.- correspondiente a proveedor: **FARMALATINA**.
2. Dicha Factura está asociada a la **ORDEN DE COMPRA N°202200000360**
3. En relación al valor total de la orden de compra, queda pendiente un saldo de \$482.426.- de lo cual se solicita mantener compromiso hasta el cobro del mismo, o en caso contrario descomprometerlo, según proceso que corresponde.
4. Lo anterior con cargo a ítem: **"Subvención Salud"**.

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente.

DE:	DIRECTOR DEPTO. SALUD
A:	<i>Marcela</i>
☐	SU CONOCIMIENTO
☒	GESTIONAR LO SOLICITADO
☐	FINES PERTINENTES
☐	APORTAR ANTECEDENTES
☐	ANALIZAR Y EMITIR OPINION
☐	ARCHIVO
☐	CONVERSAR CON EL SUSCRITO

10 2 AGO. 2022

**DIRECTOR TEC. LAB. CLINICO
TM. ISABEL HUANCHICAY OCHOA**

IHO/mct

Distribución:

- La indicada.
- Archivo Laboratorio Clínico.

CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA DEPARTAMENTO SALUD	
03 AGO. 2022	
REG. N°:	<i>3250</i>
HORA:	