



GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LIMITA
FABRICACION DE PROD. FARMACEUTICOS, SUSTANCIAS QUIMICAS MEDICINALES

CASA MATRIZ: AV ANDRES BELLO 2687 P 19, LAS CONDES, SANTIAGO FONO: 56 - 2 2382 9017
SUCURSAL: CAMINO LO BOZA N°107- EX 8395 MODULO#A 6, PUDAHUEL

R.U.T.: 85.025.700-0
FACTURA ELECTRONICA
Folio: 1531147

S.I.I. SANTIAGO ORIENTE
OBD :2121455573

NOMBRE	: CORP.MUNICIPA DE DESAR.SOCIAL DECALAMA	FECHA	: 02/12/2022
R.U.T.	: 70.954.900-6	VENCIMIENTO	: 02/03/2023
GIRO	: FARMACIAS INDEPENDIENTES	N° CLIENTE	: 1100573120
DIRECCIÓN	: AV.OHIGGINS 1155 Chica, Calama	COMUNA	: CALAMA
COND. PAGO	: 90 días fecha factura	TIPO ESTABLECIMIENTO	: Farmacia
VENDEDOR	: MAURICIO ASTUDILLO	DOC. SAP	: 5392729595

DOCUMENTOS REFERENCIADOS

TIPO DOCUMENTO	FOLIO	FECHA	TIPO DOCUMENTO	FOLIO	FECHA	TIPO DOCUMENTO	FOLIO	FECHA
Orden de Compra	202200003159	02/12/2022						

CODIGO	CANTIDAD	DETALLE	N° DE SERIE	F. VENCIMIENTO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
60000000003857	10	Relvar 92/22Mcg 30 Dosis	3J8M	29/02/2024	25.493	254.930
60000000012971	10	Keppra 1000Mg 30 Comp	347510	22/10/2024	9.780	97.800
60000000014814	20	Duodart 0,5mg/0,4mg 30 Caps	5048684A	31/07/2024	10.830	216.600
60000000010982	5	Anoro Elipita 55/22Mcg 30 Ds	5K6W	31/03/2024	21.523	107.615

Total Cantidades: 45
DESPACHAR A: ESMERALDA 1814, VILLA CHICA, CALAMA

CORP.MUNICIPA DE DESAR.SOCIAL DE,AV.OHIGGINS 1155 Chica, Calama,,CALAMA -
IMPORTANTE : TODO PRODUCTO QUE REQUIERA CADENA DE FRIO, NO ESTA SUJETO A CANJE NI DEVOLUCIONES, ES RESPONSABILIDAD DEL CLIENTE REVISAR EL MONITOR DE T° EN EL MOMENTO DE RECEPCION DEL PRODUCTO.
Guías de Despacho: 1245221
OBD : 2121455573

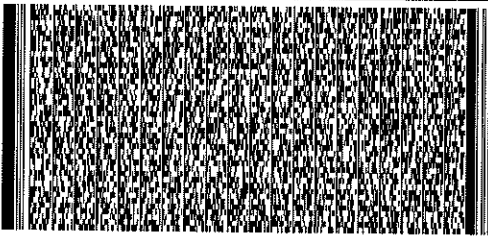
Nombre: _____

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 artículo 4° y la letra c) del artículo 5° de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercadería o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)"



Timbre Electrónico SII
Res. 83 del 29/06/2011 - Verifique documento: www.sii.cl
By New Sign Consultores Ltda.

MONTO NETO	676.945
19% IVA	128.620
MONTO TOTAL	805.565

Agradecemos hacer sus transferencias electrónicas o depósitos de los importes de las facturas como sigue:

GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LTDA., Rut:
85.025.700-0 Banco de Chile - Citi, Cta. Cte. N° 0100220016
Informacion requerida: Detalle de factura que se paga; Numero y Fecha



**MEMO N°117 (FARMACIA CIUDADANA)
CALAMA, 07 de DICIEMBRE del 2022.-**

**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 recepcionando conforme y fueron ingresados a Farmacia Ciudadana, los Fármacos señalados en **Factura N°153117** correspondiente a proveedor: **GLAXOSMITHKLINE**, por un valor de \$805.565.-
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°202200003120**.
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

Juntos por Calama

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202200003159 A 202200003159

Fecha Emisión :23/11/2022 A 23/11/2022

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202200003159	85025700-0	2022003165	23/11/2022	45			
20001480	DUTASTERIDA TAMSULOSINA 05/04MG						
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA			20	216,600	41,154	257,754
20001481	FLUTICASONA FUROATO/VILANTEROL 92/22MCG						
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA			10	254,930	48,437	303,367
20001482	UMECLIDINIO BROMURO VILANTEROL						
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA			5	107,615	20,447	128,062
20001587	LEVETIRACETAM 1000MG.						
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA			10	97,800	18,582	116,382

Total Neto: 676,945

Total IVA : 128,620

Total : 805,565

Rut _____
Firma _____
Nombre _____



Entregado Conforme

Rut _____
Firma _____
Nombre _____



Recibido Conforme