

Hospifarma

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

X3. N° 166753

S.I.I. - SANTIAGO NORTE

SEÑOR(ES) : CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL
GIRO : CORPORACION MUNICIPAL
R.U.T. : 70954900-6
DIRECCIÓN : Av. BERNARDO O'HIGGINS N° 1155
COMUNA : CALAMA
CLIENTE N° : C70954900-6
TELÉFONO : 55 (2) 711823

DESPACHAR (A) : CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO
DIRECCIÓN : Av. BERNARDO O'HIGGINS N° 1155
COMUNA : CALAMA
CIUDAD : CALAMA
TELÉFONO : 55 (2) 711823
HORARIO RECEPCIÓN :

VENDEDOR	PEDIDO SAP	FACT. SAP	CÓDIGO DE COMPRAS	ORDEN DE COMPRA
Milena Juica	82075	157637		202100002768
FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	CONDICIÓN DE PAGO	GUÍA DE DESPACHO	
16-12-2021 15:07	16-01-2022	30 días		

Código	Descripción	Cantidad	Lote	F. Venc.	Unidad	P. Unit.	Desc.	Total
HOF0151	VITAMINA D3 800 UI 400 MG. X 30 CAP.	50	W201202	28/12/2023	50	1500	0	75000
HOF0086	VITAMINA-E 400 UI X 30 CAPS. BLANDS. (HOSPIFAR)	100	02062021	01/06/2024	100	955	0	95500

SON: DOSCIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO 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	\$	170.500
DESCUENTO	\$	0
IVA (19%)	\$	32.395
TOTAL	\$	202.895



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

Timbre Electronico S.I.I.
Res. 80 de 22-08-2014
Verifique documento: www.sii.cl



FH-166753

**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 166754

S.I.I. - SANTIAGO NORTE

SEÑOR(ES) : CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL
GIRO : CORPORACION MUNICIPAL
R.U.T. : 70954900-6
DIRECCIÓN : Av. BERNARDO O'HIGGINS N° 1155
COMUNA : CALAMA
CLIENTE N° : C70954900-6
TELÉFONO : 55 (2) 711823

DESPACHAR (A) : CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO
DIRECCIÓN : Av. BERNARDO O'HIGGINS N° 1155
COMUNA : CALAMA
CIUDAD : CALAMA
TELÉFONO : 55 (2) 711823
HORARIO RECEPCIÓN :

VENDEDOR	PEDIDO SAP	FACT. SAP	CÓDIGO DE COMPRAS	ORDEN DE COMPRA
Milena Juica	82075	157638		202100002768
FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	CONDICIÓN DE PAGO	GUÍA DE DESPACHO	
16-12-2021 15:08	16-01-2022	30 días		

Código	Descripción	Cantidad	Lote	F. Venc.	Unidad	P. Unit.	Desc.	Total
MIN0601	AMIODARONA 200 MG X 20 COMP. (100)	30	G210795	31/07/2024	30	1890	0	56700
MIN0167	ATORVASTATINA (B) 20 MG X 30 COMP. (100)	100	F210725	30/06/2023	100	720	0	72000
POR0009	DICLOFENACO 1% GEL X 60 G. TUBO	50	2064871	30/06/2025	50	640	0	32000
GLA0007	ENO REG 5 G. X 60 SOBS. C.J.	2	JB4796	28/02/2023	2	4795	0	9590
MYL0004	LEVONORGESTREL+ETINILESTRADIOL (B) 150/30MG	30	8114424	30/09/2023	30	695	0	20850
VAL0008	PASTA LASSAR X 30 G. POTE	20	6920821	30/08/2023	20	870	0	17400

SON: DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO SESENTA Y TRES 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	\$	208.540
DESCUENTO	\$	0
IVA (19%)	\$	39.623
TOTAL	\$	248.163



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 : 202100002768 A 202100002768

Fecha Emisión : 23/11/2021 A 23/11/2021

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.		
Producto	Centro de Costo		Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202100002768	76133312-7	2021002805	23/11/2021	434		
20001174	AMIODARONA 200 MG					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		30	56,700	10,773	67,473
20001176	DICLAC 1% GEL X 60 G.					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		50	58,000	11,020	69,020
20001454	VITAMINA D3 800 UI 400 MG. X 30 CAP. BLAND.					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		50	75,000	14,250	89,250
20001496	VITAMINA-E 400 UI ESTCH. X 30 CAP.					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		100	95,500	18,145	113,645
20001515	ATORVASTATINA 20MG					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		100	72,000	13,680	85,680
20001647	DICLOFENACO 1% GEL X 60 G. TUBO					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		50	32,000	6,080	38,080
20001688	LEVONORGESTREL/ETINILESTRADIOL.28					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		30	20,850	3,962	24,812
20001713	ENO TRADICIONAL POLVO. 60 SOBRES					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		2	9,590	1,822	11,412
27001040	ENO LIMON POLVO. 60 SOBRES					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		2	9,590	1,822	11,412
27001044	PASTA LASSAR					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		20	17,400	3,306	20,706

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202100002768 A 202100002768

Fecha Emisión : 23/11/2021 A 23/11/2021

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo		Cantidad	Valor Neto	IVA	Total	

Total Neto : 446,630

Total IVA : 84,860

Total : 531,490

Rut

Firma

Nombre

Entregado Conforme



Rut

Firma

Nombre

Recepciona Conforme

EN MEMO N° 118

Dra. Tici. Magdalena Contreras L.

Recibido Conforme



**MEMO N°118 (FARMACIA CIUDADANA)
CALAMA, 28 de DICIEMBRE del 2021.-**

**DE: DIRECTOR TECNICO DROGUERIA CENTRAL
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 **Facturas N°166753-166754** correspondiente a proveedor: **HOSPIFARMA LTDA.**, por un valor de \$451.058.-
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°202100002768**
3. Cabe destacar que queda descomprometido un saldo de \$80.432
4. Lo anterior con cargo a Ítem: **Decreto N°574/26-Abr-216** "Convenio de Colaboración Farmacia Ciudadana".

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente,

DE: DIRECTOR DEPTO. SALUD
A: *Rosa*

☐	SU CONOCIMIENTO
☒	GESTIONAR LO SOLICITADO
☐	FINES PERTINENTES
☐	APORTAR ANTECEDENTES
☐	ANALIZAR Y EMITIR OPINION
☐	ARCHIVO
☐	CONVERSAR CON EL SUSCRITO

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

28 DIC. 2021

29 DIC. 2021

Rosa

**FARMACIA CIUDADANA
DE CALAMA**

**Q.F. ROSA ROJAS BUGUEÑO
DIRECTOR TECNICO
FARMACIA CIUDADANA DE
DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA
DEPARTAMENTO SALUD**

29 DIC. 2021

REG. N°: *3930*
HORA: _____