

B. BRAUN

SHARING EXPERTISE

B. BRAUN MEDICAL SpA

Importación, Distribución, Comercialización de
Productos Farmacéuticos, Cosméticos y Médicos.
Otros Servicios de Atención a la Salud Humana.

Casa Matriz:
Av. Puerta Sur 03351 Tels.: (56-2) 440 7100 Fax: (56-2) 440 7167
San Bernardo-Santiago

Sucursal 1:
Calle Nueva 5343 Tels.: (56-2) 440 7100 Fax: (56-2) 440 7167
Conchali - Santiago

Sucursal 2:
Chacabuco 689 Tels.: (56-41) 262 0920
Concepción

Sucursal 3:
Calle Nueva 5335 Tels.: (56-2) 440 7100
Conchali - Santiago

R.U.T.: 96.756.540-7

FACTURA ELECTRÓNICA

Nº: 808083

S.I.I. - SANTIAGO SUR

Razón Social: Corporación Municipal De Desarrollo Social De Calama

R.U.T.: 70.954.900-6

Giro: SALUD Y EDUCACION

Dirección: Av. Bernardo Ohiggins 1155

Comuna: Calama

Ciudad: Calama

Nota:

Emisión: 12/07/2023

Vencimiento: 11/08/2023

Cond. de Pago: Crédito

Fono/Fax:

Nº Pedido: 0012084962

Cod. Cliente: 0020816209

Num. SAP: 0330273435

Delivery: 0019256848



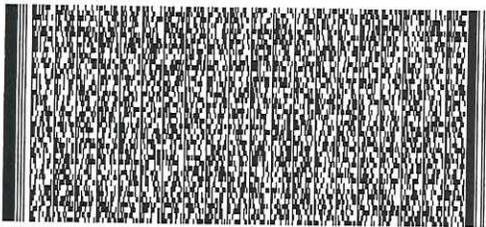
Documentos Referenciados

Orden de Compra	Tipo de Documento	Folio	Fecha	Razón de Referencia
		202300001556	11/07/2023	

CODIGO	DESCRIPCION	FECHA VENC.	LOTE	CANTIDAD	P. UNIT.	TOTAL
70	URIMED SP(+)-BOLSA RECOLECT.DE ORINA 2L	10/01/2028	20230110	120	1.990,00	238.800
700052	HISTOACRYL BLUE 0,5ML	28/02/2025	223122N2	10	13.300,00	133.000

TOTALES	MONTO NETO	DESCUENTO	I.V.A. 19%	MONTO EXENTO	MONTO TOTAL
	371.800		70.642		442.442

"Condiciones de transporte y almacenamiento: No almacenar a mas de 25°C"



Tímbrado Electrónico SII
Res.6de 2006 Verifique documento: www.sii.cl

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

ORIGINAL CLIENTE

MEMO N° 118 (DROG-CENTRAL)

CALAMA, 25 de julio de 2023.-

**DE: DIRECTOR TECNICO DROGUERIA CENTRAL
Q.F. SILVANA TAPIA AGUIRRE.**

**A: DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD
SRTA. CAROLINA PAREDES PAREDES.**

1. Mediante el presente, informo a usted que se ha recepcionado conforme Insumos Médicos correspondientes a Droguería Central, señalados en **Facturas N°808083** correspondiente a proveedor: **B.BRAUN MEDICAL SPA.** por un valor de **\$442.442.-**
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°202300001556**
3. En relación al valor de Orden de Compra, queda sin saldos pendientes.
4. Lo anterior con cargo a **Ítem: Sub-Salud "Insumos Médicos"**

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente,



**Q.F. SILVANA TAPIA AGUIRRE
DIRECTOR TÉCNICO
DROGUERIA CENTRAL COMDES**

CPP/STA/cdp.

Distribución:

- La indicada

- Archivo

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202300001556 A 202300001556

Fecha Emisión : 05/07/2023 A 05/07/2023

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202300001556	96756540-7	2023001559	05/07/2023	122			
26001006	BOLSA RECOLECTORA ORINA ADULTO 2 LT, CON 0004101 DROGUERIA CENTRAL			120	238,800	45,372	284,172
26001330	HISTOACRYL 0,5 ML 0004101 DROGUERIA CENTRAL			2	133,000	25,270	158,270

Total Neto : 371,800
Total IVA : 70,642
Total : 442,442

Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____

Entregado Conforme

Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____

Recibido Conforme