

WINPHARM Spa.

VENTA AL POR MAYOR DE

PRODUCTOS QUIMICOS Y FARMACEUTICOS

RIO ELQUI 9579 - LOTE B7 FASE II, ENEA, PUDAHUEL - SANTIAGO - CHILE

Teléfonos: (56-2) 23824450 - 23824457 - 23824462

R.U.T.: 76.079.782 - 0 ✓

FACTURA ELECTRONICA

Nº: 171.342

S.I.I. - SANTIAGO PONIENTE

F166771

Señor(es) : CORPORACION MUNICIPAL DESARROLLO SOCIAL CALAMA
Dirección : AVDA. B. OHIGGINS 1155
Ciudad : CALAMA
R.U.T. : 70954900-6 ✓
Nº Nota Venta : O259904
Guía : F166771
Vendedor : DISPONIBLE2
Forma de Pago : 30 DIAS SEGUN FECHA FACTURA

Fecha : 31/01/2022
Giro : SALUD Y EDUCACION
Fono : 055540418
O. de Compra : 621-1431-SE21
Fecha Venc : 02/03/2022

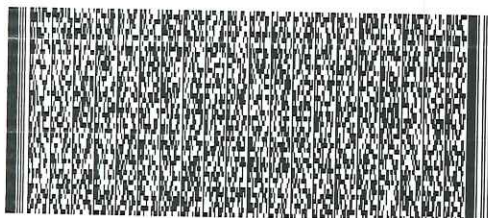
CODIGO	CANTIDAD	ARTICULO	PRECIO UNITARIO	TOTAL
7804676680022	10 ✓	PARGEVERINA+ METAMIZOL GOTAS 1 UD 10 HM1004 30/09/2023	1,700.00	17.000

SON: VEINTE MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS

Favor Informar de cancelación : Email : cobranza@winpharm.cl
Formas de pago : Cheque nominativo y cruzado "WINPHARM Spa." y transferencias
Ctas. Ctes. : Bco BCI: 86885481 - Estado: 1284037 - Santander : 6495064-9
MEDICAMENTOS DESPACHADOS ALMACENAR A NO MAS DE 25° C.

PATENTE:

DESCUENTO	\$	0
MONTO NETO	\$	17.000
19% IVA	\$	3.230
TOTAL	\$	20.230



Nombre: _____ R.U.T.: _____
Recinto: _____ Fecha: _____
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 mercaderías o servicio (s) ha (n) sido recibido (s).

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202200000190 A 202200000190

Fecha Emisión : 20/01/2022 A 20/01/2022

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202200000190	76079782-0	2022000192	20/01/2022	10			
20001008	PARGEVERINA + METAMIZOL GOTAS						
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA			10	17,000	3,230	20,230

Total Neto : 17,000

Total IVA : 3,230

Total : 20,230

**FARMACIA CIUDADANA
DE CALAMA**

Rut _____
Firma _____
Nombre _____

Entregado Conforme

**FARMACIA CIUDADANA
DE CALAMA**

Rut _____
Firma _____
Nombre _____

Recibido Conforme