



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: 1519572

S.I.I. SANTIAGO ORIENTE
OBD :2119259937

NOMBRE : CORP.MUNICIPAL DE DESAR.SOCIAL DECALAMA

R.U.T. : 70.954.900-6

GIRO : FARMACIAS INDEPENDIENTES

DIRECCIÓN : AV.OHIGGINS 1155 Chica, Calama

COND. PAGO : 90 días fecha factura

VENDEDOR : HECTOR ACEVEDO SANDR

FECHA : 11/04/2022

VENCIMIENTO : 10/07/2022

N° CLIENTE : 1100573120

COMUNA : CALAMA

TIPO ESTABLECIMIENTO : Farmacia

DOC. SAP : 5392720557

DOCUMENTOS REFERENCIADOS

TIPO DOCUMENTO	FOLIO	FECHA	TIPO DOCUMENTO	FOLIO	FECHA	TIPO DOCUMENTO	FOLIO	FECHA
Orden de Compra	621-226-SE21	11/04/2022						

CODIGO	CANTIDAD	DETALLE	N° DE SERIE	F. VENCIMIENTO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
60000000010982	2	Anoro Elíptica 55/22Mcg 30 Ds	3K2J	31/08/2023	19.566	39.132

Total Cantidades: 2

CNB 307113543 INTERMEDIACION

CORP MUNIC CALAMA BODEGA, CALLE PEINE 766 V CASPANA, CALAMA -

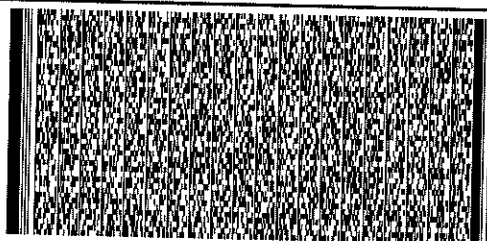
IMPORTANTE : TODO PRODUCTO QUE REQUIERA CADENA DE FRIO, NO ESTA SUJETO A CANJE NI DEVOLUCIONES, ES RESPONSABILIDAD DEL CLIENTE REVISAR EL MONITOR DE T° EN EL MOMENTO DE RECEPCION DEL PRODUCTO.

Guías de Despacho: 1234337

OBD : 2119259937

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 29/08/2011 - Verifique documento: www.sii.cl
By New Sign Consultores Ltda.

MONTO NETO	39.132
19% IVA	7.435
MONTO TOTAL	46.567

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

Información requerida: Detalle de factura que se paga; Numero y

Fecha

FARMACIA CIUDAD
DE CALAMA
Esmeralda # 1814