



FARMALATINA

DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS DE LABORATORIO,
DIAGNOSTICO, QUIMICO, CLINICO Y MEDICO

R.U.T. 79.728.570-6
FACTURA ELECTRONICA

N° 208197

Las Encinas 1495, Valle Grande, Lampa, Santiago, CHILE
Teléfono : (56-2) 2838 5000 Fax : (56-2) 2838 5050 www.farmalatina.cl

S.I.I. - SANTIAGO PONIENTE

Contactos : ventas@farmalatina.cl analitica@farmalatina.cl

22-04-22

Nombre:	CORPORACION MUNICIPAL DESARROLLO SOCIAL CALAMA		Fecha:	21/04/2022	
	CORPORACION MUNICIPAL DESARROLLO SOCIAL CALAMA		Código Cliente:	709549006	
Dirección:	Av. BERNARDO O'HIGGINS	Nro.:	1155	Condiciones Venta:	CREDITO 30 DIAS F/F
Comuna:	Calama	Ciudad:	Calama	Fecha Vencimiento:	21/05/2022
Región:	Segunda Región (de Antofagasta)	País:	CHILE	Vendedor:	SERGIO ALCAYAGA
Teléfono:	55-365900	Fax:	55-362287	Orden de compra:	202200000053
Giro:	MUNICIPALIDADES	RUT:	70.954.900-6	Nota de Venta:	182722

Despacho:	LAB.CLINICO				
Dirección Entrega:	BAÑADOS ESPINOZA 1850	Comuna:	Calama	Ciudad:	Calama
Solicitante:		Recibe:		Teléfono:	55-654420
Observaciones:	CTA. CTE. DOM				

#	Código	Cant	Descripción	Marca	Precio	Total
1	IG-2345	1	REFERENCECELLS A1 & B (CONFIRMACION GRUPO ABO) (2 X 10 ML)	Immucor Gamma	45,600	45,600
2	IG-2400	1	COR QC TEST SYSTEM (2 X 11.5 ML)	Immucor Gamma	99,500	99,500
3	IG-2995	1	WEEK D CELLS (DU CELLS) (1 X 5ML)	Immucor Gamma	57,600	57,600
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
					Subtotal \$	202,700
					Total Neto \$	202,700
					IVA 19%	38,513
					Total \$	241,213

Timbre Electrónico SII
Res.N° 89 de 2011 Verifique documento en www.sii.cl

Nombre:	Firma :	
Fecha:		
Recinto:		

El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en las letras b) del artículo 4° la letra c) del artículo 5° de la ley 19.983 acredita que la entrega de mercadería(s) o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).

FAVOR CANCELAR CON CHEQUE NOMINATIVO A NOMBRE DE FARMALATINA O DEPOSITAR EN LAS SIGUIENTES CUENTAS CORRIENTES :

BANCO SANTANDER SANTIAGO N° 06-4601274-7

BANCO DE CHILE N° 159-15364-06

BANCO ESTADO N° 5544301

Impreso: 21/04/2022 12:37 sgm

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202200000053 A 202200000053

Fecha Emisión : 19/01/2022 A 19/01/2022

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202200000053	79728570-6	2022000053	19/01/2022	81			
1421	PAPEL PARAFILM M						
	0004010	LABORATORIO CLINICO.		2	45,200	8,588	53,788
21001193	REFERENCECELLS A&B						
	0004010	LABORATORIO CLINICO.		2	91,200	17,328	108,528
21001195	WEAK D CELLS						
	0004010	LABORATORIO CLINICO.		2	115,200	21,888	137,088
21001265	KIT HEMORRAGIA OCULTA HEXAGON OBTI						
	0004010	LABORATORIO CLINICO.		2	139,800	26,562	166,362
21001271	COR QC TEST SYSTEM						
	0004010	LABORATORIO CLINICO.		2	199,000	37,810	236,810
21003001	ASA CALIBRADA 1 ul DESECHABLE						
	0004010	LABORATORIO CLINICO.		70	69,300	13,167	82,467
22004045	MICROPIPETA ACCUMAX PRO 100-1000 UL						
	0004010	LABORATORIO CLINICO.		1	64,500	12,255	76,755

Total Neto : 724,200

Total IVA : 137,598

Total : 861,798

Rut _____
Firma _____
Nombre _____

Entregado Conforme

Rut _____
Firma Recibido Conforme
Nombre EN MEMO N° 168
DIN TEC Lab clinico

Recibido Conforme

MEMO. N° 168.-

CALAMA, 11 de Mayo del 2022.

DE : DIRECTORA TECNICA LABORATORIO CLINICO

A : DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD COMDES CALAMA
EU. EDITH GALLEGUILLOS LEDEZMA

AT : ENCARGADA DE ADQUISICIONES
SRA. MARCELA VARAS LEON

1. Mediante el presente, informo a usted que se ha recepcionado conforme los insumos señalados en la **Factura N° 208197** por un valor de \$241.213.- correspondiente a proveedor: **FARMALATINA**.
2. Dicha Factura está asociada a la **ORDEN DE COMPRA N°2022000000053**
3. En relación al valor total de la orden de compra, queda pendiente un saldo de \$241.213.- de lo cual se solicita mantener compromiso hasta el cobro del mismo, o en caso contrario descomprometerlo, según proceso que corresponde.
4. Lo anterior con cargo a ítem: **"Subvención Salud"**.

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente.

DE: DIRECTOR DEPTO. SALUD
A: *Peru*
☒ SU CONOCIMIENTO
☒ GESTIONAR LO SOLICITADO
☒ FINES PERTINENTES
☒ APORTAR ANTES DEENTES
☒ ANALIZAR Y EMITIR OPINION
☒ ARCHIVO
☒ CONVENIR CON EL

DIRECTOR TEC. LAB. CLINICO
TM. ISABEL HUANCHICAY OCHOA

11 MAYO 2022

CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA
DEPARTAMENTO SALUD
11 MAYO 2022
REG. N° *1012*
HORA:

IHO/mct

Distribución:

- La indicada.
- Archivo Laboratorio Clínico.