



FARMALATINA

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

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

Contactos : ventas@farmalatina.cl

analitica@farmalatina.cl

12-09-22

R.U.T. 79.728.570-6
FACTURA ELECTRONICA

N° 220490

S.I.I. - SANTIAGO PONIENTE

Nombre:	CORPORACION MUNICIPAL DESARROLLO SOCIAL CALAMA		Fecha:	07/09/2022	
	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:	07/10/2022
Región:	Segunda Región (de Antofagasta)	Pais:	CHILE	Vendedor:	SERGIO ALCAYAGA
Teléfono:	55-365900	Fax:	55-362287	Orden de compra:	202200000360
Giro:	MUNICIPALIDADES	RUT:	70.954.900-6	Nota de Venta:	187146

Despacho:	LABORATORIO CLINICO COMDES				
Dirección Entrega:	ESMERALDA 1814 VILLA CHICA	Comuna:	Calama	Ciudad:	Calama
Solicitante:		Recibe:		Teléfono:	
Observaciones:	CTA. CTE. DOM				

#	Código	Cant	Descripción	Marca	Precio	Total
1	IG-2345	1	REFERENCCELLS 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:	RUT:		
Recinto:			

El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a los 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: 07/09/2022 15:33 sgm

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202200000360 A 202200000360

Fecha Emisión : 04/04/2022 A 04/04/2022

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202200000360	79728570-6	2022000365	04/04/2022	154			
1030	KIT HEMORRAGIA OCULTA HEXAGON OBTI. CAI 0004010 LABORATORIO CLINICO.			2	139,800	26,562	166,362
21001193	REFERENCCELLS A&B (ENTREGA 1 MENSUAL) CA 0004010 LABORATORIO CLINICO.			2	91,200	17,328	108,528
21001195	WEAK D CELLS (ENTREGA 1 MENSUAL) CADUCI 0004010 LABORATORIO CLINICO.			2	115,200	21,888	137,088
21001271	COR QC TEST SYSTEM (ENTREGA 1 MENSUAL) C. 0004010 LABORATORIO CLINICO.			2	199,000	37,810	236,810
21001289	SYPHILIS RPR TEST. CADUCIDAD 6 MESES COD.5 0004010 LABORATORIO CLINICO.			6	537,000	102,030	639,030
21003001	ASA CALIBRADA 1 ul DESECHABLE CADUCIDAD. 0004010 LABORATORIO CLINICO.			140	138,600	26,334	164,934

Total Neto : 1,220,800

Total IVA : 231,952

Total : 1,452,752

Rut _____
Firma _____
Nombre _____



Entregado Conforme

Rut _____
Firma Recepción Conforme
Nombre Monro N° 322
Dn. Lab. Clínico

Recibido Conforme

MEMO. N° 322.-

CALAMA, 13 de septiembre 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° 220490** por un valor de \$241.213.- correspondiente a proveedor: **FARMALATINA**.
2. Dicha Factura está asociada a la **ORDEN DE COMPRA N°202200000360**
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: *[Firma]*

SU CONOCIMIENTO

GESTIONAR LO SOLICITADO

FINES PERTINENTES

APORTAR ANTECEDENTES

ANALIZAR Y EMITIR OPINION

ARCHIVO

CONVERSAR CON EL SUSCRITO

14 SEP. 2022

[Firma]

DIRECTOR TEC. LAB. CLINICO
TM. ISABEL HUANCHICAY OCHOA

CORPORACIÓN MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA
DEPARTAMENTO SALUD

14 SET. 2022

REG. N°: 3898
HORA:

IHO/mct
Distribución:

- La indicada.
- Archivo Laboratorio Clínico.