



R.U.T.: 76.830.090-9

FACTURA ELECTRÓNICA

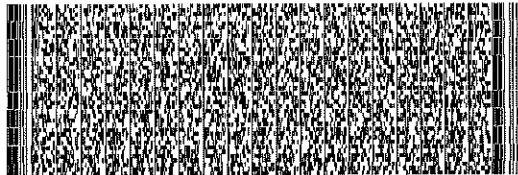
Nº 384222

DESPACHAR (A)	: CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA
DIRECCIÓN	: ESMERALDA N° 1814, SALA 1 Y 2
COMUNA	: CALAMA
CIUDAD	: CALAMA
TELÉFONO	:
HORARIO RECEPCIÓN	:

Código	Descripción	Cantidad	Lote	F. Venc.	Unidad	P. Unit.	Descr.	Total
PHT0038	MOMETASONA 50MCG/DS SUS. NASAL X 140 DOS. F	10	203001220	28/02/2027	10	4190	0	41900

SON: CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y UN PESOS.-

INFORMACIÓN BANCARIA: BANCO DE CHILE A LA CUENTA 176-02640-01 BANCO ESTADO A LA CUENTA 00001225472 EMAIL: cleiva@caribbeanpharma.cl	El plazo para los reclamos de mercadería faltante es de 72 horas. Si observa que su pedido no viene correctamente sellado, por favor comuníquese al email postventa@caribbeanpharma.cl	<table> <tr> <td>MONTO NETO</td> <td>\$</td> <td>41.900</td> </tr> <tr> <td>DESCUENTO</td> <td>\$</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>IVA (19%)</td> <td>\$</td> <td>7.961</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> <td>49.861</td> </tr> </table>	MONTO NETO	\$	41.900	DESCUENTO	\$	0	IVA (19%)	\$	7.961	TOTAL	\$	49.861
MONTO NETO	\$	41.900												
DESCUENTO	\$	0												
IVA (19%)	\$	7.961												
TOTAL	\$	49.861												



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

[illegible]

FC-384222



R.U.T.: 76.830.090-9

FACTURA ELECTRÓNICA

Nº 384370

S.I.I. - SANTIAGO NORTE

SEÑOR(ES) : CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA
GIRO : CORPORACION
R.U.T. : 70954900-6
DIRECCIÓN : AV. BERNARDO O'HIGGINS 1155.
COMUNA : CALAMA
CLIENTE N° : KC70954900-6
TELÉFONO :

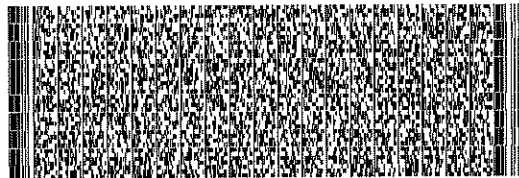
DESPACHAR (A)	: CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA
DIRECCIÓN	: ESMERALDA N° 1814, SALA 1 Y 2
COMUNA	: CALAMA
CIUDAD	: CALAMA
TELÉFONO	:
HORARIO RECEPCIÓN	:

VENDEDOR	PEDIDO SAP	FACT. SAP	CÓDIGO DE VALIDACIÓN	ORDEN DE COMPRA
EQUIPO VENTA PRIVADA	198255	368590		2023-375
FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	CONDICIÓN DE PAGO	GUÍA DE DESPACHO	
24-03-2023 16:13	22-04-2023	30 DÍAS		

Código	Descripción	Cantidad	Lote	F. Venc.	Unidad	P. Unif.	Descr.	Total
HOF0149	VITAMINA C 1000 MG TUBO X 10 TAB. EFERV.	60	8062021	07/06/2024	60	1000	0	60000

SON: SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS.-

INFORMACIÓN BANCARIA: BANCO DE CHILE A LA CUENTA 176-02640-01 BANCO ESTADO A LA CUENTA 00001225472 EMAIL: cleiva@caribbeanpharma.cl	El plazo para los reclamos de mercadería faltante es de 72 horas. Si observa que su pedido no viene correctamente sellado, por favor comuníquese al email postventa@caribbeanpharma.cl	<table> <tr> <td>MONTO NETO</td> <td>\$</td> <td>60.000</td> </tr> <tr> <td>DESCUENTO</td> <td>\$</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>IVA (19%)</td> <td>\$</td> <td>11.400</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> <td>71.400</td> </tr> </table>	MONTO NETO	\$	60.000	DESCUENTO	\$	0	IVA (19%)	\$	11.400	TOTAL	\$	71.400
MONTO NETO	\$	60.000												
DESCUENTO	\$	0												
IVA (19%)	\$	11.400												
TOTAL	\$	71.400												



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

Timbre Electronico S.I.I.
Res. 80 de 22-08-2014
Verifique documento: www.sij.cl



FC-384370



FC-384878

Droguería: Venta, Compra, Comercialización, Distribución, Importación y
Exportación de Productos de Minimarket, Farmacéuticos, Químicos, Cosméticos,
Agroalimenticios, Equipos y Accesorios Médicos.
CALLE LUIS ALBERTO CRUZ 1165, RENCA, SANTIAGO
TELÉFONO: 56-2-26639300 - FAX: 56-2-26639305
www.caribbeanpharma.cl contacto@caribbeanpharma.cl

R.U.T.: 76.830.090-9

FACTURA ELECTRÓNICA

N° 384232

S.I.I. - SANTIAGO NORTE

SEÑOR(ES) : CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA
GIRO : CORPORACION
R.U.T. : 70954900-6
DIRECCIÓN : AV. BERNARDO O'HIGGINS 1155.
COMUNA : CALAMA
CLIENTE N° : KC70954900-6
TELÉFONO :

DESPACHAR (A) : CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA
DIRECCIÓN : ESMERALDA N° 1814, SALA 1 Y 2
COMUNA : CALAMA
CIUDAD : CALAMA
TELÉFONO :
HORARIO RECEPCIÓN :

VENDEDOR	PEDIDO SAP	FACT. SAP	CÓDIGO DE VALIDACIÓN	ORDEN DE COMPRA
EQUIPO VENTA PRIVADA	198255	368452		2023-375
FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	CONDICIÓN DE PAGO	GUÍA DE DESPACHO	
24-03-2023 10:53	22-04-2023	30 DÍAS		

Código	Descripción	Cantidad	Lote	F. Venc.	Unidad	P. Unit.	Desct.	Total
ROC0009	ACCU-CHEK INSTANT CJ. X 50 TIRAS	30	301961	22/01/2024	30	6790	0	203700
ROC0008	ACCU-CHEK INSTANT CJ. X 25 TIRAS	70	302191	01/06/2024	70	4080	0	285600
ROC0025	SET ACCU-CHECK INSTANT METER CJ. X 1 UND.	30	405187	27/06/2025	30	19650	0	589500
SNIO129	GASTROLEN X 30 COMP (CH)	20	0934622	30/09/2025	20	5499	0	109980
VAL0042	COLAGENO HIDROLIZADO X 60 CAPSULAS	20	120222	30/12/2024	20	1890	0	37800
SEV0077	COXTOR (ETORICOXIB) 120MG X 7 COMP	20	E222465A	30/06/2024	20	3769	0	75380
TNK0002	JERINGA 5CC C/AGUJA 21 X 1 1/2 LUER LOCK CJ. X	1	20210921	21/09/2026	1	5000	0	5000
SEV0044	OLMECARD (B) 20 MG ESCTH. X 30 COMP. REC.	10	OLM21039	30/09/2023	10	7190	0	71900
VAL0024	SINFLU 500MG X 1000 COMP. (PARACETAMOL)	10	0370122	30/01/2024	10	12320	0	123200

SON: UN MILLÓN SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS.-

INFORMACIÓN BANCARIA:

BANCO DE CHILE A LA CUENTA 176-02640-01
BANCO ESTADO A LA CUENTA 00001225472
EMAIL: cleiva@caribbeanpharma.cl

El plazo para los reclamos de mercadería
faltante es de 72 horas. Si observa que su
pedido no viene correctamente sellado, por
favor comuníquese al email
postventa@caribbeanpharma.cl

MONTO NETO	\$	1.502.060
DESCUENTO	\$	0
IVA (19%)	\$	285.391
TOTAL	\$	1.787.451



Timbre Electronico S.I.I.
Res. 80 de 22-08-2014
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 Art. 4° y la letra c) del Art. 5° de la ley 19.983, acredita que la entrega de
mercadería o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)".



FC-384232

Droguería: Venta, Compra, Comercialización, Distribución, Importación y Exportación de Productos de Minimarket, Farmacéuticos, Químicos, Cosméticos, Agroalimenticios, Equipos y Accesorios Médicos.
CALLE LUIS ALBERTO CRUZ 1165, RENCA, SANTIAGO
TELÉFONO: 56-2-26639300 - FAX: 56-2-26639305
www.caribbeanpharma.cl contacto@caribbeanpharma.cl

R.U.T.: 76.830.090-9

FACTURA ELECTRÓNICA

Nº 384228

S.I.I. - SANTIAGO NORTE

SEÑOR(ES)	: CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA
GIRO	: CORPORACION
R.U.T.	: 70954900-6
DIRECCIÓN	: AV. BERNARDO O'HIGGINS 1155.
COMUNA	: CALAMA
CLIENTE Nº	: KC70954900-6
TELÉFONO	:

DESPACHAR (A)	: CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA
DIRECCIÓN	: ESMERALDA Nº 1814, SALA 1 Y 2
COMUNA	: CALAMA
CIUDAD	: CALAMA
TELÉFONO	:
HORARIO RECEPCIÓN	:

VENDEDOR	PEDIDO SAP	FACT. SAP	CÓDIGO DE VALIDACIÓN	ORDEN DE COMPRA
EQUIPO VENTA PRIVADA	198255	368449		2023-375
FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	CONDICIÓN DE PAGO	GUÍA DE DESPACHO	
24-03-2023 10:51	22-04-2023	30 DÍAS		

Código	Descripción	Cantidad	Lote	F. Venc.	Unidad	P. Unit.	Desc.	Total
ROC0103	ACCU-CHEK PERFORMA CJ. X 25 TIRAS	50	670294	31/10/2023	50	3390	0	169500
ROC0102	ACCU-CHEK PERFORMA CJ. X 50 TIRAS	30	670469	31/01/2024	30	7089	0	212670
ROC0093	ACCU-CHECK SOFTCLIX CJ. X 200 LANCETAS	5	10822003	31/12/2025	5	18960	0	94800
PRA0057	CLARAGINE ESTCH. X 16 COMP.	30	2L485	30/12/2025	30	1484	0	44520
MIN0070	PYRIPED FTE. 200MG/5ML SUS. ORAL X 100 ML FCC	20	A230116	30/01/2025	20	2450	0	49000
MAV0112	TAPSIN CMPTO. D/N PLUS ESTCH. X 18 COMP. REC.	20	23A127	19/01/2025	20	1590	0	31800
LAB0117	TROMBEX (B) 20 MG ESTCH. X 90 COMP. REC.	10	M2210119	30/06/2025	10	44730	0	447300
LAB0060	VESICARE 5MG X10 COMP	10	21L0302	30/11/2024	10	8494	0	84940
PRA0033	MUCIVIL CREMA TOPICA 1% TUBO 20GR.	20	2G226	30/07/2025	20	2149	0	42980

SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS.-

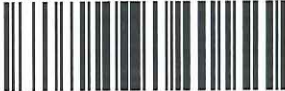
INFORMACIÓN BANCARIA: BANCO DE CHILE A LA CUENTA 176-02640-01 BANCO ESTADO A LA CUENTA 00001225472 EMAIL: cleiva@caribbeanpharma.cl	El plazo para los reclamos de mercadería faltante es de 72 horas. Si observa que su pedido no viene correctamente sellado, por favor comuníquese al email postventa@caribbeanpharma.cl	MONTO NETO \$ 1.177.510 DESCUENTO \$ 0 IVA (19%) \$ 223.727 TOTAL \$ 1.401.237
--	--	---



Timbre Electronico S.I.I.
Res. 80 de 22-08-2014
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 Art. 4º y la letra c) del Art. 5º de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercadería o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)".



FC-384228

Droguería: Venta, Compra, Comercialización, Distribución, Importación y Exportación de Productos de Minimarket, Farmacéuticos, Químicos, Cosméticos, Agroalimenticios, Equipos y Accesorios Médicos.
CALLE LUIS ALBERTO CRUZ 1165, RENCA, SANTIAGO
TELÉFONO: 56-2-26639300 - FAX: 56-2-26639305
www.caribbeanpharma.cl contacto@caribbeanpharma.cl

R.U.T.: 76.830.090-9
FACTURA ELECTRÓNICA
N° 384227
S.I.I. - SANTIAGO NORTE

SEÑOR(ES)	: CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA
GIRO	: CORPORACION
R.U.T.	: 70954900-6
DIRECCIÓN	: AV. BERNARDO O'HIGGINS 1155.
COMUNA	: CALAMA
CLIENTE N°	: KC70954900-6
TELÉFONO	:

DESPACHAR (A)	: CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA
DIRECCIÓN	: ESMERALDA N° 1814, SALA 1 Y 2
COMUNA	: CALAMA
CIUDAD	: CALAMA
TELÉFONO	:
HORARIO RECEPCIÓN	:

VENDEDOR	PEDIDO SAP	FACT. SAP	CÓDIGO DE VALIDACIÓN	ORDEN DE COMPRA
EQUIPO VENTA PRIVADA	198255	368448		2023-375
FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	CONDICIÓN DE PAGO	GUÍA DE DESPACHO	
24-03-2023 10:48	22-04-2023	30 DÍAS		

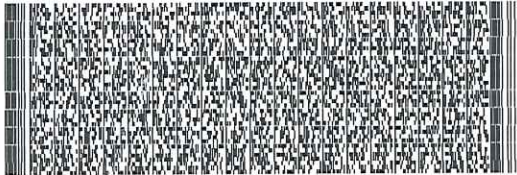
Código	Descripción	Cantidad	Lote	F. Venc.	Unidad	P. Unit.	Desct.	Total
MSN0018	ATORVASTATINA (B) 40 MG X 30 COMP. REC.	30	DRB09032A	30/08/2023	30	1072	0	32160
MIN0312	AZITROMICINA (B) 500 MG ESTCH. X 6 COMP. (100)	20	G221092	30/07/2024	20	899	0	17980
PHM0001	BACLOFENO 10 MG ESTCH. X 100 COMP.	15	TAV101	31/01/2024	15	19531	0	292965
GEN0038	LACTULOSA 67% SOL. ORAL-RECTAL X 200 ML FCO	30	SH1892208	30/01/2024	30	2577	0	77310
GEN0121	LOSARTAN (B) 100 MG ESTCH. X 30 COMP. REC.	20	EN1J006	30/08/2024	20	1790	0	35800
LAB0013	XUMADOL 1GR X20 SOBRES EFEV.	20	22003	30/09/2025	20	5571	0	111420
HOF0126	PARGEVERINA 5MG/5ML SOL. ORAL X 15 ML FCO. G	20	2093822	01/09/2024	20	1128	0	22560
GEN0190	NEVINEX (B) 150 MG ESTCH. X 30 CAP.	9	G011781	30/01/2024	9	2890	0	26010
DRE0026	RIVAXORED (B) 10 MG ESTCH. X 10 COMP. REC.	5	B2203235	31/07/2025	5	7950	0	39750

SON: SETECIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS.-

INFORMACIÓN BANCARIA:
BANCO DE CHILE A LA CUENTA 176-02640-01
BANCO ESTADO A LA CUENTA 00001225472
EMAIL: cleiva@caribbeanpharma.cl

El plazo para los reclamos de mercadería faltante es de 72 horas. Si observa que su pedido no viene correctamente sellado, por favor comuníquese al email postventa@caribbeanpharma.cl

MONTO NETO	\$	655.955
DESCUENTO	\$	0
IVA (19%)	\$	124.631
TOTAL	\$	780.586



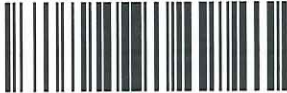
Timbre Electronico S.I.I.
Res. 80 de 22-08-2014
Verifique documento: www.sii.cl

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



FC-384227

Droguería: Venta, Compra, Comercialización, Distribución, Importación y Exportación de Productos de Minimarket, Farmacéuticos, Químicos, Cosméticos, Agroalimenticios, Equipos y Accesorios Médicos.
CALLE LUIS ALBERTO CRUZ 1165, RENCA, SANTIAGO
TELÉFONO: 56-2-26639300 - FAX: 56-2-26639305
www.caribbeanpharma.cl contacto@caribbeanpharma.cl

R.U.T.: 76.830.090-9
FACTURA ELECTRÓNICA
N° 384220 X2
S.I.I. - SANTIAGO NORTE

SEÑOR(ES)	: CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA
GIRO	: CORPORACION
R.U.T.	: 70954900-6
DIRECCIÓN	: AV. BERNARDO O'HIGGINS 1155.
COMUNA	: CALAMA
CLIENTE N°	: KC70954900-6
TELÉFONO	:

DESPACHAR (A)	: CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA
DIRECCIÓN	: ESMERALDA N° 1814, SALA 1 Y 2
COMUNA	: CALAMA
CIUDAD	: CALAMA
TELÉFONO	:
HORARIO RECEPCIÓN	:

VENDEDOR	PEDIDO SAP	FACT. SAP	CÓDIGO DE VALIDACIÓN	ORDEN DE COMPRA
EQUIPO VENTA PRIVADA	198255	368441		2023-375
FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	CONDICIÓN DE PAGO	GUÍA DE DESPACHO	
24-03-2023 10:25	22-04-2023	30 DÍAS		

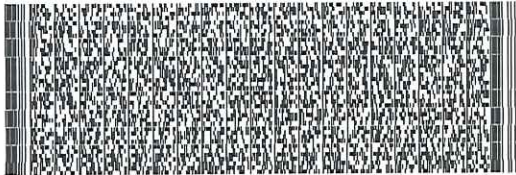
Código	Descripción	Cantidad	Lote	F. Venc.	Unidad	P. Unit.	Desct.	Total
HOF0063	CARMELOSA 0,5 % GTS OFT X15ML	20	N22G05	01/06/2024	20	1571	0	31420
ALP0014	CIPROFIBRATO 100 MG X 30 CAP.	10	0048	30/09/2024	10	6971	0	69710
DRE0023	PICLOKARE (B) 75 MG ESTCH. X 28 COMP. REC.	30	C2202793	31/01/2025	30	2290	0	68700
HOF0022	DICLOFENACO 1,16% GEL X 30 G. TUBO	50	HF580	01/11/2024	50	867	0	43350
ASC0008	IBUPROFENO (B) 600 MG ESTCH. X 20 COMP. REC.	50	22143318	30/06/2025	50	560	0	28000
DEU0005	ELBRUS 1 MG ESTCH. X 30 COMP.	5	U1LC1	28/02/2025	5	10700	0	53500
DIF0051	VENLAFAXINA (B) 150 MG CJ. X 30 CAP. C/MICROGR	10	VW1521007A	30/06/2024	10	6490	0	64900
BIO0173	VITAMINA B1-B6-B12 10.000UI 3ML X3 AMP	50	22.03.4721	31/03/2024	50	3800	0	190000

SON: SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL PESOS.-

INFORMACIÓN BANCARIA:
BANCO DE CHILE A LA CUENTA 176-02640-01
BANCO ESTADO A LA CUENTA 00001225472
EMAIL: cleiva@caribbeanpharma.cl

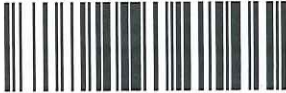
El plazo para los reclamos de mercadería faltante es de 72 horas. Si observa que su pedido no viene correctamente sellado, por favor comuníquese al email postventa@caribbeanpharma.cl

MONTO NETO	\$	549.580
DESCUENTO	\$	0
IVA (19%)	\$	104.420
TOTAL	\$	654.000



Timbre Electronico S.I.I.
Res. 80 de 22-08-2014
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 Art. 4° y la letra c) del Art. 5° de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercadería o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)".			



FC-384220

**MEMO N°018/23 (FARMACIA CIUDADANA)
CALAMA, 05 de ABRIL del 2023.-**

**DE: DIRECTOR TECNICO FARMACIA CIUDADANA
Q.F. ROSA ROJAS BUGUEÑO**

**A: DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD
SRA. LORENA VIELMA NAVARRETE.**

1. Mediante el presente, informo a usted que se ha recepcionando conforme y fueron ingresados a Farmacia Ciudadana, los Fármacos señalados en **Facturas N°384222-384370-384221-384878-384232-384228-384227-384220** correspondiente a proveedor: **FARMACEUTICA CARIBEAN SPA**, por un valor de \$4.955.819.-
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°20230000375**.
3. Cabe destacar que aún queda comprometido un saldo de \$136387, con este proveedor. -
4. Lo anterior con cargo a Ítem: **Decreto N°574/26-Abr-216** "Convenio de Colaboración Farmacia Ciudadana".

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente,



**Q.F. ROSA ROJAS BUGUEÑO
DIRECTOR TECNICO
FARMACIA CIUDADANA**

LVN/RRB/rrb.
Distribución:
- La indicada
- Archivo

Juntos por Calama