

# Hospifarma

LABORATORIO HOSPIFARMA CHILE LIMITADA

Giro: Venta, Compra, Comercialización, Distribución, Importación y Exportación de Productos Farmacéuticos, Químicos, Cosméticos, Agroalimenticios, Equipos y Accesorios Médicos.

LOS CONQUISTADORES 1730, OFICINA 1801, PROVIDENCIA, SANTIAGO

TELÉFONO: 56-2-23374400 - FAX: 56-2-23374405

Email: contacto@hospifarma.cl - Web: www.hospifarma.cl

R.U.T.: 76.133.312-7

FACTURA ELECTRÓNICA

N° 197467

S.I.I. - SANTIAGO NORTE

SEÑOR(ES) : CORP. MUNIC. DE DESARR. SOC. CALAMA  
GIRO : CORPORACION MUNICIPAL  
R.U.T. : 70954900-6  
DIRECCIÓN : Av. BERNARDO O'HIGGINS N° 1155  
COMUNA : CALAMA  
CLIENTE N° : C70954900-6  
TELÉFONO : 55 (2) 711823

DESPACHAR (A) : CORP. MUNIC. DE DESARR. SOC. CALAMA  
DIRECCIÓN : CALLE PEINE N° 766 - VILLA CASPANA  
COMUNA : CALAMA  
CIUDAD : CALAMA  
TELÉFONO : 55 (2) 711823  
HORARIO RECEPCIÓN :

VENDEDOR	PEDIDO SAP	FACT. SAP	CÓDIGO DE COMPRAS	ORDEN DE COMPRA
Milena Juica	103615	188290		202300000542
FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	CONDICIÓN DE PAGO	GUÍA DE DESPACHO	
12-04-2023 9:02	12-05-2023	30 días		

Código	Descripción	Cantidad	Lote	F. Venc.	Unidad	P. Unit.	Desc.	Total
HOF0070	GENTAMICINA 0.3% SOL. OFT. X 5 ML FCO.	100	N22K08	31/10/2024	100	850	0	85000

SON: CIENTO UN MIL CIENTO CINCUENTA PESOS.-

INFORMACIÓN BANCARIA:

BANCO SANTANDER A LA CUENTA 6476154-4  
BANCO ESTADO A LA CUENTA 8175730  
BANCO CHILE A LA CUENTA 1760514605  
EMAIL: tesoreria@hospifarma.cl

CANCELADO

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

MONTO NETO	\$	85.000
DESCUENTO	\$	0
IVA (19%)	\$	16.150
TOTAL	\$	101.150



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.sii.cl



FH-197467

**DE: DIRECTOR TECNICO DROGUERIA CENTRAL  
Q.F. SILVANA TAPIA AGUIRRE.**

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

1. Mediante el presente, informo a usted que se ha recepcionado conforme Fármacos correspondientes a Droguería Central, señalados en **Facturas N°197467** correspondiente a proveedor: **LABORATORIO HOSPIFARMA CHILE LIMITADA.** por un valor de **\$101.150.-**
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°202300000542**
1. En relación al valor de Orden de Compra, queda sin saldos pendientes.
3. Lo anterior con cargo a **Ítem: "Sub-Salud Fármacos"**

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente,



**Q.F. SILVANA TAPIA AGUIRRE  
DIRECTOR TÉCNICO  
DROGUERIA CENTRAL COMDES**

LVN/STA/edp.

Distribución:

- La indicada
- Archivo

**LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA**

Orden de Compra : 202300000542 A 202300000542

Fecha Emisión : 04/04/2023 A 04/04/2023

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo		Cantidad	Valor Neto	IVA	Total	
202300000542	76133312-7	2023000549	04/04/2023	100			
20001686	GENTAMICINA 0,3% SOL. OFT. FR. 5 ML 0004101	DROGUERIA CENTRAL		100	85,000	16,150	85,000

**Total Neto : 85,000**

**Total IVA : 16,150**

**Total : 101,150**

Rut \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
  
**Entregado Conforme**

Rut \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
  
**Recibido Conforme**