



PV EQUIP S.A.

Representaciones, Importaciones,
Exportaciones, Equipos Médicos

Santa Elena de Huechuraba 1160, Huechuraba
Teléfono: (56-2) 2367 7800 Fax: (56-2) 2367 7899

Sucursal: Los Aguilera 10, Barrio Universitario
Concepción, Bío Bío, Chile
www.pvequip.cl

R.U.T.: 79.895.670-1
FACTURA ELECTRONICA

N° 402034

S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE

Santiago, 2 de agosto de 2023

04-08-2023

Señor(es) : CORP. MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL CALAMA	Comuna : CALAMA	F. Venc. : 01/09/2023
Giro : Salud y Educación	Teléfono : 55540418	N° de OC : 202300001960
R.U.T. : 70.954.900-6	Atención A :	
Dirección : AVDA. BERNARDO O´HIGGINS NRO. 1155	Vendedor :	
Ciudad : EL LOA		
Dir. Despacho : ESMERALDA N°1814, VILLA CHICA		

Tipo Documento Ref.	Folio Ref	Fecha Ref	Causa
Orden de Compra	202300001960	02/08/2023	
Nota de Venta	190337	01/08/2023	
Cotización	126921	15/06/2023	

Cantidad	Código	Lote / Serie	DETALLE	P/Unitario	TOTAL
1	R4603074	613443	Culti loop Klebsiella pneumoniae subsp. pneumoniae ATCC® 700603T* (x 5 loops)	147.620	147.620
1	DR585A	3629425	KIT STREPTOCOCCUS ,50 TEST	254.800	254.800

CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS	Neto	402.420
OBSERVACIONES:	Descuento	
	Subtotal	
	19%I.V.A	76.460
	Total	478.880

Observaciones: Sólo se aceptarán cambios o devoluciones de productos en su envase original y sin deterioro. PV EQUIP S.A. se reserva el cambio de productos que cumplan con las condiciones definidas en su política de canje y para el caso de garantía, según Política de Garantía, ambas publicadas en el sitio web www.pvequip.cl

La recepción en conformidad del bulto, a través de firma del consignatario, extingue de responsabilidad a la empresa transportista. Recuerde registrar cualquier detalle detectado en la recepción del bulto.



Timbre Electrónico SII

Resolución 92 del 08/08/2007 Verifique este documento en www.sii

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(s) o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)

MEMO. N° 307
CALAMA, 09 de agosto del 2023

DE : DIRECTORA TECNICA LABORATORIO CLINICO
A : DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD COMDES CALAMA
MT. CAROLINA PAREDES PAREDES
AT : ENCARGADO DE ADQUISICIONES
SR. DANIEL NUÑEZ

1. Mediante el presente, informo a usted que se ha recepcionado conforme los insumos señalados en la **Factura N°402034** por un valor de \$478.880.- correspondiente a proveedor: **PV EQUIP**
2. Dicha Factura está asociada a la **ORDEN DE COMPRA N°2023000001960**
3. Lo que concluye al valor total de la orden de compra.
4. Lo anterior con cargo a ítem: **“Subvención de Salud”**.

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente.

17 AGO 2023


DIRECTOR TEC. LAB. CLINICO
TM. ISABEL HUANCHICAY OCHOA



IHO/mct

Distribución:

- La indicada.
- Archivo Laboratorio Clínico.

DE: DIRECTORA DEPTO. SALUD	
A:	<i>Aspirante</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	SU CONOCIMIENTO
<input checked="" type="checkbox"/>	GESTIONAR LO SOLICITADO.
<input checked="" type="checkbox"/>	FINES PERTINENTES
<input type="checkbox"/>	APORTAR ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/>	ANALIZAR Y EMITIR OPINION
<input type="checkbox"/>	ARCHIVO
<input type="checkbox"/>	CONVERSAR CON EL SUSCRITO

CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA DEPARTAMENTO SALUD	
16 AGO. 2023	
REG. N°:	3411
HORA:	

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202300001960 A 202300001960

Fecha Emisión : 31/07/2023 A 31/07/2023

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo		Cantidad	Valor Neto	IVA	Total	
202300001960	79895670-1	2023001963	31/07/2023	2			
21001114	STREPTO KIT						
	0004010	LABORATORIO CLINICO		1	254,800	48,412	303,212
21003015	CULTI LOOP KLEBSIELLA PNEUMONIAE ATCC						
	0004010	LABORATORIO CLINICO		1	147,620	28,048	175,668

Total Neto : 402,420
Total IVA : 76,460
Total : 478,880

Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____

Entregado Conforme



Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____

Recepción conforme
 en N° 307
 Lab. Clínico

Recibido Conforme