



# 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° 392649**

**S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE**

Santiago, 10 de enero de 2023

<b>Señor(es)</b> : CORP. MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL CALAMA	<b>Comuna</b> : CALAMA	<b>F. Venc.</b> : 09/02/2023
<b>Giro</b> : Salud y Educación	<b>Teléfono</b> : 55540418	<b>N° de OC</b> : 202200003333
<b>R.U.T.</b> : 70.954.900-6	<b>Atención A</b> :	
<b>Dirección</b> : AVDA. BERNARDO O´HIGGINS NRO. 1155	<b>Vendedor</b> : HECTOR DAVILA	
<b>Ciudad</b> : EL LOA		
<b>Dir. Despacho</b> : ESMERALDA N°1814, VILLA CHICA		

13-01-2023

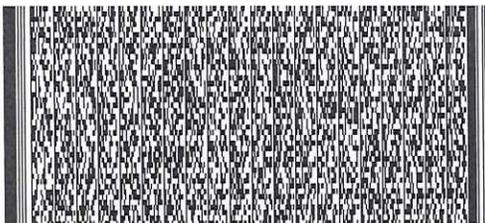
Tipo Documento Ref.	Folio Ref	Fecha Ref	Causa
Orden de Compra	202200003333	10/01/2023	
Nota de Venta	179559	12/12/2022	

Cantidad	Código	Lote / Serie	DETALLE	P/Unitario	TOTAL
1	R4607027	537558	Culti loop Streptococcus agalactiae group B ATCC® 12386( x 5 loops)	147.620	147.620

<b>CIENTO SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS</b>	<b>Neto</b>	147.620
<b>OBSERVACIONES:</b>	<b>Descuento</b>	
	<b>Subtotal</b>	
	<b>19%I.V.A</b>	28.048
	<b>Total</b>	175.668

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)

**LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA**

Orden de Compra : 202200003333 A 202200003333

Fecha Emisión : 30/11/2022 A 30/11/2022

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202200003333	79895670-1	2022003339	30/11/2022	3			
2114	STREPTO KIT - CADUCIDAD: 6 MESES - COD:DR0:0004010	LABORATORIO CLINICO.		1	254,800	48,412	303,212
21001153	CEPA ATCC STREPTOCOCCUS AGALACTIAE 1238	LABORATORIO CLINICO.		1	147,620	28,048	175,668
21001274	CEPA ATCC S. aureus 25923 - CADUCIDAD: 6 MESE	LABORATORIO CLINICO.		1	147,620	28,048	175,668

**Total Neto : 550,040**

**Total IVA : 104,508**

**Total : 654,548**

Rut  
 Fecha  
 Nombre

\_\_\_\_\_



**Entregado Conforme**

Rut  
 Firma  
 Nombre

\_\_\_\_\_ *Recepcion Conforme*  
 \_\_\_\_\_ *Motivo N° 18*  
 \_\_\_\_\_ *Dr. Isidoro Jimeno*

**Recibido Conforme**

MEMO. N° 018.-

CALAMA, 16 de enero del 2023

**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° 392649** por un valor de \$175.668- correspondiente a proveedor: **PV EQUIP**
2. Dicha Factura está asociada a la **ORDEN DE COMPRA N°2022000003333**
3. Lo que concluye al valor total de la orden de compra.
4. Lo anterior con cargo a ítem: **“Subvención Salud”**.

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente.

  
**DIRECTOR TEC. LAB. CLINICO**  
**TM. ISABEL HUANCHICAY OCHOA**

IHO/mct

Distribución:

- La indicada.
- Archivo Laboratorio Clínico.

DE: DIRECTORA DEPTO SALUD
A: <i>DS</i>
<input type="checkbox"/> SU CONOCIMIENTO
<input checked="" type="checkbox"/> GESTIONAR LO SOLICITADO
<input 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

17 ENE. 2023

CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA DEPARTAMENTO SALUD
16 ENE. 2023
REG. N°: <i>210</i>
HORA: