

MADEGOM S.A

GIRO: MANUFACTURA DE ARTICULOS DE GOMA, DROGUERIA

Dirección : Avenida Pdte. Eduardo Frei Montalva N° 9431 - Quilicura
 Código Postal : 8710004
 Teléfono : (562) 2435 7710
 1°Sucursal : Marco Polo N° 9038, Módulo 5, Hualpén, Concepción
 2°Sucursal : Galvarino N° 9440-B, Quilicura, Santiago
 Email : ventas@madegom.cl
 Web : www.madegom.cl

R.U.T.: 84.609.600-0

FACTURA ELECTRONICA

N° 271.831

S.I.I. - SANTIAGO NORTE



Señor(es) CORP. MUNIC. DES. SOC. CALAMA R.U.T. 70954900-6 Giro SALUD Dirección AV. BDO. O'HIGGINS 1155 Comuna/Ciudad Calama - El Loa Teléfono 55-2540418 Código Cliente 70954900 Guía de Despacho 35805	Fecha Emisión 14-04-2023 Fecha Vencimiento 14-05-2023 Forma de Pago 30 DÍAS FECHA FACTURA N° Interno 436944 Vendedor / Asistente ATENCION TELEFONICA / FELIPE MARTINEZ Nota de Venta 298332 Orden de Compra 412 Cód. de Autorización
--	---

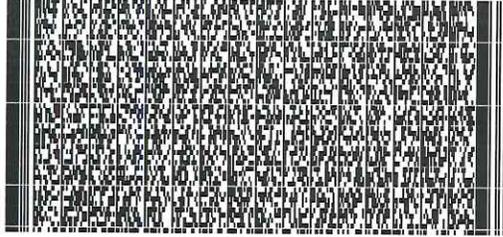
Ítem	Categoría	Código	Descripción	Cantidad	UM	Precio Unit.	Desc	Valor
1	DISPOSITIVO MÉDICO	MQ86917	CASSETTE DE TINTA HM-850	2,00	UN	50.000,00		100.000



DESPACHAR A: CALLE ALFONSO DE ARCILLA 2902
 04 Calama RUTA 1
 El Loa, Chile

Exento	\$	0	NETO	\$	100.000
Descuento	\$	0	19% I.V.A.	\$	19.000
Recargo	\$	0	TOTAL	\$	119.000

SON: Ciento Diecinueve Mil



Cancelado por: _____
 Observaciones: OT 915071194
 DESPACHO REGION Basado en Pedidos de cliente 298332. Basado en Entregas 131992.

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

Nombre _____	R.U.T. _____
Recinto _____	Fecha _____ 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)".



MEMO N°95

CALAMA, 31 MAYO 2023

**DE : VITOR HERRERA V.
DIRECTOR TECNICO CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN**
**A : LORENA VIELMA NAVARRETE.
DIRECTORA DE SALUD APS CALAMA**

Estimada junto con saludar envío a usted factura de la empresa MADEGOM, con conformidad de recepción:

1. MADEGOM. OC. 412, N° FACTURA 271.831.

Sin otro particular, se despide atentamente de usted,


**VICTOR HERRERA V.
ENFERMERO**



VHV/vhv
Distribución:
- La indicada.
- Archivo.

DE: DIRECTORA DEPTO. SALUD
A: *Apoyos*

<input type="checkbox"/>	SU CONOCIMIENTO
<input 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

CORPORACION MUNICIPAL DE
DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA
DEPARTAMENTO SALUD

31 MAYO 2023

REG. N°: 2209
HORA: _____

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202300000412 A 202300000412

Fecha Emisión : 21/03/2023 A 21/03/2023

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202300000412	84609600-0	2023000419	21/03/2023	2			
26001168	CASSETE DE TINTA HM-850 0004017	SALA DE ESTERILIZACION		2	100,000	19,000	100,000

Total Neto : 100,000

Total IVA : 19,000

Total : 119,000



Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____

Entregado Conforme

Rut _____
 Firma *Recepción conforme*
en Mano N° 95
 Nombre *Control de esterilización*

Recibido Conforme