



BIOMERIEUX CHILE SPA.

IMPORTACION Y COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS Y APARATOS DE SALUD

Casa Matriz: Los Conquistadores N°1730, Piso 11 Providencia - Santiago

Fono 2634 2092 - Fax 2634 2093

Sucursal: Rodrigo de Araya N°1151 Macul - Santiago

R.U.T.: 96.659.920-0
FACTURA ELECTRONICA
N° 349947

S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE

16-01-2023.

FECHA :	:12 - Enero - 2023	CIUDAD :	CALAMA
SEÑOR(ES) :	CORP.MUNICIPAL DE DESARROLLO	COMUNA :	CALAMA
DIRECCION :	1390000 AVDA BERNARDO OHIGGINS 1155	GIRO :	ESTABLECIMIENTOS DE ENSEANZA PR
R.U.T. :	70.954.900-6	C. PAGO :	30 días
O/C N° :	202200002434	FAC. INT./O. VENTA :	1420190324 / 0108813453
TELEFONO :	055367521	EMBARQUE :	8014208077

CANTIDAD	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO	TOTAL
3	43321	M.HINTON 2 SHEEP BLOOD 90 20PL 1009717330 09/02/2023	\$ 20.488	\$ 61.464
				\$ 61.464

CARGO FLETE :	CARGO ENTREGA URGENTE :	CARGO ADM PEDIDO :	CARGO MONOLOTE :	CARGO PEDIDO MINIMO :
\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -

NOMBRE : RUT :

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

TOTAL NETO	\$ 61.464
I.V.A 19 %	\$ 11.678
TOTAL	\$ 73.142



N° Guías:

N° Recepción:



BIOMERIEUX CHILE SPA.

IMPORTACION Y COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS Y APARATOS DE SALUD

Casa Matriz: Los Conquistadores N°1730, Piso 11 Providencia - Santiago

Fono 2634 2092 - Fax 2634 2093

Sucursal: Rodrigo de Araya N°1151 Macul - Santiago

R.U.T.: 96.659.920-0
NOTA DE CREDITO ELECTRONICA
N° 17148

S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE

FECHA	: 30 de Enero de 2023	CIUDAD	: CALAMA
SEÑOR(ES)	: CORP.MUNICIPAL DE DESARROLLO	COMUNA	: CALAMA
DIRECCION	: 1390000 AVDA BERNARDO OHIGGINS 1155	GIRO	: ESTABLECIMIENTOS DE ENSEÑANZA PR
R.U.T.	: 70.954.900-6	C. PAGO	: 30 días
O/C N°	: 202200002434	FAC. INT./O. VENTA	: 1420191078 / 0215268971
TELEFONO	: 055367521	EMBARQUE	: 8014208077

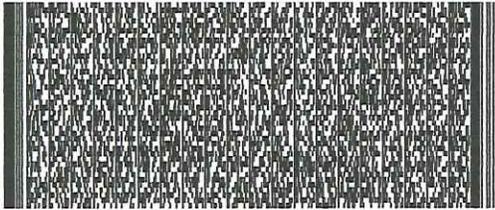
CANTIDAD	CODIGO	DESCRIPCIÓN	PRECIO	TOTAL
1	43321	M.HINTON 2 SHEEP BLOOD 90 20PL 1009717330 09/02/2023	\$ 6.585	\$ 6.585

SON : SIETE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS

Datos de Referencia:

Doc. de Ref.	Folio	Fecha.	Causa
Factura Electrónica	349947	12/01/2023	Corrige monto doc. de ref.

TOTAL EXENTO	\$ 0
TOTAL NETO	\$ 6.585
I.V.A 19 %	\$ 1.251
TOTAL	\$ 7.836



LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202200002434 A 202200002434

Fecha Emisión : 24/10/2022 A 24/10/2022

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.				
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total	
202200002434	96659920-0	2022002449	24/10/2022	11				
21029	M.HINTON + 5% SANG MOUTON (PARCELAR) COI 0004010 LABORATORIO CLINICO.			6	109,758	20,854	130,612	
21001331	MEDIO GRANADA EN PLACAS (PARCELAR) COD. 0004010 LABORATORIO CLINICO.			5	227,530	43,231	270,761	

Total Neto : 337,288
Total IVA : 64,085
Total : 401,373

Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____

Entregado Conforme



Rut _____
 Firma Procurador Calama
 Nombre Memo N° 50
Dn. Lab. Clinico

Recibido Conforme

MEMO. N° 050.-

CALAMA, 14 de febrero 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° 349947** por un valor de \$73.142.- correspondiente a proveedor: **BIOMÉRIEUX**
2. Dicha Factura está asociada a la **ORDEN DE COMPRA N°202200002434**
3. Se envía **Nota de crédito N°17148** por diferencia en el precio en la factura corrigiéndose con NC.
4. En relación al valor total de la orden de compra, queda pendiente un saldo de \$108.304.- de lo cual se solicita mantener compromiso hasta el cobro del mismo, o en caso contrario descomprometerlo, según proceso que corresponde.
5. Lo anterior con cargo a ítem: **“Subvención Salud”**.

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente.



DIRECTOR TEC. LAB. CLINICO
ISABEL HUANCHICAY OCHOA

DE: DIRECTORA DEPTO. SALUD
A: *Edith Galleguillos Ledezma*

<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

CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA
DEPARTAMENTO SALUD

16 FEB. 2023

REG. N° _____
HORA: _____

IHO/fag

Distribución:

- La indicada.
- Archivo Laboratorio Clínico.