

Caribbean Pharma

Droguería

FARMACÉUTICA CARIBBEAN SPA

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

CALLE LUIS ALBERTO CRUZ 1165, RENCA, SANTIAGO
Teléfono: 56-2-26639300 Fax: 56-2-26639305
www.caribbeanpharma.cl contacto@caribbeanpharma.cl

R.U.T.: 76.830.090 - 9

FACTURA ELECTRÓNICA

Nº 441475

S.I.I. - SANTIAGO NORTE

SEÑOR (ES) : CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA	DESPACHAR (A) : CORPORACION MUNICIPAL DE CALAI
GIRO : SALUD Y EDUCACION	DIRECCIÓN : AV. BERNARDO OHIGGINS 1155.
R.U.T. : 70954900-6	COMUNA : CALAMA
DIRECCIÓN : CALLE PEINE 766	CIUDAD : CALAMA
CIUDAD : CALAMA	TELÉFONO :
CLIENTE Nº : C70954900-6	R.U.T. TRANSPORTISTA :
TELÉFONO :	PATENTE :

VENDEDOR	PEDIDO SAP	FACT. SAP	COTIZACIÓN	ORDEN DE COMPRA
EQUIPO VENTA PRIVADA	239403	425692		102-2024
FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	CONDICIÓN DE PAGO	GUÍA DE DESPACHO	
14-02-2024	14-03-2024	30 DÍAS		

Código	Descripción	Cantidad	Lote	F. Venc.	Unidad	P. Unit.	Desc.	TOTAL
AND1068	METFORMINA 850MG X60 COMP REC	3367	A24018A	01-12-2026	3367	731	0	2.460.334

Son: DOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS.-

INFORMACIÓN BANCARIA: BANCO DE CHILE A LA CUENTA 176-02640-01 BANCO ESTADO A LA CUENTA 00001225472 EMAIL: cleiva@caribbeanpharma.cl	CANCELADO	MONTO NETO \$	2.460.334
	_____ de _____ de _____	Descuento \$	0
		IVA (19%) \$	467.463
		TOTAL \$	2.927.797



Timbre Electrónico SII
Res. 80 de 22-08-2014
Verifique documento: www.sii.cl

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. 4º y la letra c) del Art. 5º de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercadería o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).



CALAMA, 18 de Abril 2024.-

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

**A: DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD
SRTA. PÍA CORTÉS MALDONADO.**

1. Mediante el presente, informo a usted que se ha recepcionado conforme de fármacos correspondientes a Droguería Central,, según lo señalado en **Facturas N°441475** correspondiente a proveedor: **FARMACEUTICA CARIBEAN SPA.** por un valor de **\$2.927.797.-**
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°202400000102**
3. En relación al valor de Orden de Compra, queda sin saldos pendientes. se solicita descomprometer **\$ 31** por la diferencia del valor en la presentación del producto, según corresponda.
4. Lo anterior con cargo a **Ítem: "Programa Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria de Salud 2024"**.

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente,



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

PCM/STA/cdp.

Distribución:

- La indicada

- Archivo

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202400000102 A 202400000102

Fecha Emisión : 19/01/2024 A 19/01/2024

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202400000102	76830090-9	2024000104	19/01/2024	3,900			
20001025	METFORMINA CLORHIDRATO 1000 MG CM. 0004101	DROGUERIA CENTRAL		1,000	2,393,000	454,670	2,847,670
20001282	METFORMINA CLORHIDRATO 850 MG CM. 0004101	DROGUERIA CENTRAL		300	3,654,000	694,260	4,348,260
20001456	CARVEDILOL 6,25 MG CM. 0004101	DROGUERIA CENTRAL		100	79,800	15,162	94,962
20001516	AMLODIPINO BESILATO 5 MG CM 0004101	DROGUERIA CENTRAL		2,500	1,187,500	225,625	1,413,125

Total Neto : 7,314,300
Total IVA : 1,389,717
Total : 8,704,017

Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____



Entregado Conforme

Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____



Recibido Conforme