



GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LIMITA
FABRICACION DE PROD. FARMACEUTICOS, SUSTANCIAS QUIMICAS MEDICINALES

CASA MATRIZ: AV ANDRES BELLO 2687 P 19, LAS CONDES, SANTIAGO FONO: 56 - 2 2382 9017
SUCURSAL: CAMINO LO BOZA N°107- EX 8395 MODULO#A 6, PUDAHUEL

R.U.T.: 85.025.700-0
FACTURA ELECTRONICA
Folio: 1554643

S.I.I. SANTIAGO ORIENTE
OBD :2125560425

NOMBRE	: CORP.MUNICIPA DE DESAR.SOCIAL DECALAMA	FECHA	: 25/03/2024
R.U.T.	: 70.954.900-6	VENCIMIENTO	: 23/06/2024
GIRO	: FARMACIAS INDEPENDIENTES	N° CLIENTE	: 1100573120
DIRECCIÓN	: AV.OHIGGINS 1155 Chica, Calama	COMUNA	: CALAMA
COND. PAGO	: 90 días fecha factura	TIPO ESTABLECIMIENTO	: Farmacia
VENDEDOR	: MAURICIO ASTUDILLO	DOC. SAP	: 5392750905

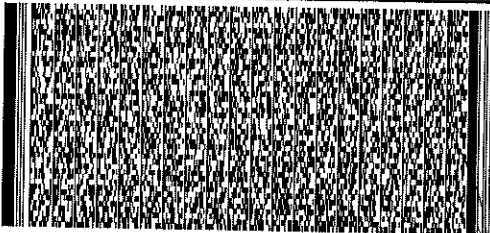
DOCUMENTOS REFERENCIADOS

TIPO DOCUMENTO	FOLIO	FECHA	TIPO DOCUMENTO	FOLIO	FECHA	TIPO DOCUMENTO	FOLIO	FECHA
Orden de Compra	383	25/03/2024						

CODIGO	CANTIDAD	DETALLE	N° DE SERIE	F. VENCIMIENTO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
60000000014814	30	Duodart 0,5mg/0,4mg 30 Caps	5484482G	31/05/2025	12.090	362.700
60000000012971	30	Keppra 1000Mg 30 Comp	385525	21/08/2026	10.530	315.900
60000000013039	20	Keppra 500Mg 60 Comp	382214	21/06/2026	12.180	243.600

Total Cantidades: 80
Despacho a Esmeralda 1814 Villa Chica Calama
CORP.MUNICIPA DE DESAR.SOCIAL DE,AV.OHIGGINS 1155 Chica, Calama,CALAMA -
IMPORTANTE : TODO PRODUCTO QUE REQUIERA CADENA DE FRIO, NO ESTA SUJETO A CANJE NI DEVOLUCIONES, ES RESPONSABILIDAD DEL CLIENTE REVISAR EL MONITOR DE T° EN EL MOMENTO DE RECEPCION DEL PRODUCTO.
Guías de Despacho: 1270608
OBD : 2125560425

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



Timbre Electrónico SII
Res. 83 del 29/06/2011 - Verifique documento: www.sii.cl
By New Sign Consultores Ltda.

MONTO NETO	922.200
19% IVA	175.218
MONTO TOTAL	1.097.418

Agradecemos hacer sus transferencias electrónicas o depósitos de los importes de las facturas como sigue:

GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LTDA., Rut:
85.025.700-0 Banco de Chile - Citi, Cta. Cte. N° 0100220016
Informacion requerida: Detalle de factura que se paga; Numero y Fecha



**MEMO N°037/24 (FARMACIA CIUDADANA)
CALAMA, 04 de ABRIL del 2024.-**

**DE: DIRECTOR TECNICO FARMACIA CIUDADANA
Q.F. ROSA ROJAS BUGUEÑO**

**A: DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD
SRA. PIA CORTES MALDONADO.**

- Mediante el presente, informo a usted que se ha recepcionando conforme y fueron ingresados a Farmacia Ciudadana, los Fármacos señalados en **Factura N°1554643** correspondiente a proveedor: **GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LTDA** por un valor de \$1.097.418.-
- Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°2024000383.**
- Lo anterior con cargo a Ítem: **Decreto N°574/26-Abr-216** "Convenio de Colaboración Farmacia Ciudadana".

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente,



**Q.F. ROSA ROJAS BUGUEÑO
DIRECTOR TECNICO
FARMACIA CIUDADANA**

PCM/RRB/rrb.
Distribución:
- La indicada
- Archivo

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202400000383 A 202400000383
Fecha Emisión : 12/03/2024 A 12/03/2024

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202400000383	85025700-0	2024000382	12/03/2024	80			
20001480	DUTASTERIDA TAMSULOSINA 05/04MG						
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA			30	362,700	68,913	431,613
20001587	LEVETIRACETAM 1000MG.						
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA			30	315,900	60,021	375,921
20001588	LEVETIRACETAM 500MG.						
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA			20	243,600	46,284	289,884

Total Neto : 922,200
Total IVA : 175,218
Total : 1,097,418

Rut _____
Firma _____
Nombre _____
Entregado Conforme

Rut _____
Firma _____
Nombre _____
Recibido Conforme