



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: 1570974

S.I.I. SANTIAGO ORIENTE
OBD :2127761869

NOMBRE	: CORP.MUNICIPA DE DESAR.SOCIAL DECALAMA	FECHA	: 10/12/2024
R.U.T.	: 70.954.900-6	VENCIMIENTO	: 10/03/2025
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	: 5392764431

DOCUMENTOS REFERENCIADOS

TIPO DOCUMENTO	FOLIO	FECHA	TIPO DOCUMENTO	FOLIO	FECHA	TIPO DOCUMENTO	FOLIO	FECHA
Orden de Compra	202400003401	10/12/2024	Guía Despacho Electrón	1286441	10/12/2024			

CODIGO	CANTIDAD	DETALLE	N° DE SERIE	F. VENCIMIENTO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
60000000014814	30	Duodart 0,5mg/0,4mg 30 Caps	5856244A	30/04/2026	12.090	362.700
60000000003857	20	Relvar 92/22Mcg 30 Dosis	NL4S	31/01/2026	28.559	571.180
600000000111142	15	TRELEGY ELLIPTA 92/55/22 MCG 1X30D_CL	LA3A	31/12/2025	50.330	754.950

Total Cantidades: 65

CORP.MUNICIPA DE DESAR.SOCIAL,ESMERALDA #1814 VILLA CHICA,,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: 1286441

OBD : 2127761869

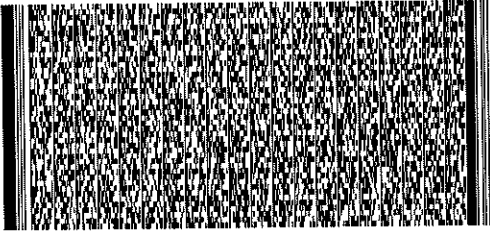
Nombre: _____

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 4º y la letra c) del artículo 5º 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 29/05/2011 - Verifique documento: www.sii.cl
By New Sign Consultores Ltda.

MONTO NETO	1.688.830
19% IVA	320.878
MONTO TOTAL	2.009.708

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



LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202400003401 A 202400003401

Fecha Emisión : 19/11/2024 A 19/11/2024

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.		
Producto	Centro de Costo		Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202400003401	85025700-0	2024003414	19/11/2024	65		
20001480	DUTASTERIDA TAMSULOSINA 05/04MG					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		30	362,700	68,913	431,613
20001481	FLUTICASONA FUROATO/VILANTEROL 92/22MCG					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		20	571,180	108,524	679,704
20001657	FLUTICASONA/UMECLIDINIO/VILANTEROL					
	0001001 FARMACIA COMUNITARIA		15	754,950	143,441	898,391

Total Neto : 1,688,830

Total IVA : 320,878

Total : 2,009,708

Rut

Firma

Nombre





Entregado Conforme

Rut

Firma

Nombre





Recibido Conforme

**MEMO N°171/24 (FARMACIA CIUDADANA)
CALAMA, 12 de DICIEMBRE del 2024.-**

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

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

1. Mediante el presente, informo a usted que se ha recepcionando conforme y fueron ingresados a Farmacia Ciudadana, los Fármacos señalados en **Factura N°1570974** correspondiente a proveedor: **GLAXO SMITH KLINE CHILE FCA LTDA.** por un valor de \$2.009.708.-
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°20240003401.**
3. 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

Juntos por Calama