

**INTERNATIONAL CLINICS S.A.**

Importación, Distribución, Comercialización de Bienes en General, Representaciones

**Casa Matriz:** Av. del valle N° 601 Of. 41

Huechuraba - Santiago - Chile

Teléfono: (56-2) 472 7200 – Fax : (56-2) 472 7294

**Sucursal:** Usuario Almacén Público

Zona franca de Iquique - Chile

Avda. Bulnes KM 3.5 Norte

Punta Arenas - Chile

**Bod.Central:** Calle Tranquilo 200, Pudahuel

E-Mail: info@iclinics.cl

Web: www.iclinics.cl

**R.U.T.: 88.900.200-K****FACTURA ELECTRONICA****No. 194.614****S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE**

<b>Señor(es):</b>	CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA	<b>Giro:</b>	CORPORACION MUNICIPAL
<b>R.U.T.:</b>	70.954.900-6	<b>Teléfono:</b>	+55 2 5400418
<b>Dirección:</b>	AV. B. O'HIGGINS 155 VILLA CHICA	<b>Comuna:</b>	CALAMA
<b>Fecha Emisión:</b>	2024-10-11	<b>Condición de Venta:</b>	30 Días

Código	Cantidad	Descripción	Lote - Serie	F. Vencimiento	Precio Unit.	Valor Total
		OC 2024000000081 MANTENCION PREVENTIVA EQUIPO de RAYOS X SHIMADZU MODELO RADSPEED MF N° SERIE LM5262F58005 CUOTA 3 DE 3, 2024 OT 13107 FECHA 08-10-20124			1.650.000	1.650.000

**Observaciones:**

Documento Ref.	Folio	Fecha	Razón Ref.
Orden de compra	2024000000081	2024-01-17	

<b>Descuento \$</b>	
<b>Monto Neto \$</b>	1.650.000
<b>Monto Exento \$</b>	0
<b>I.V.A. (19%)</b>	313.500
<b>Valor Total \$</b>	1.963.500

No reclamándose contra el contenido de esta factura dentro de los 8 días siguientes a la entrega de ella, se entenderá por irrevocablemente aceptada (art. 160 C.C.). Agradecemos efectuar el pago mediante transferencia o depósito en nuestra Cuenta Corriente 159-38436-02 del Banco de Chile o vía WebPay en nuestra página web www.iclinics.cl. El no pago a su vencimiento, devengará el interés máximo legal.



Timbre Electrónico S.I.I.  
Res. 145 del 2005. Verifique documento: www.sii.cl

**MEMO N° 3571.-**  
CALAMA, 26 de diciembre del 2024.-

**DE : ASESOR TECNICO DEPARTAMENTO DE SALUD  
SRTA.CORAL ORTEGA MENDOZA.**

**A : DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD COMDES  
SRTA. PIA CORTES MALDONADO.**

1. Mediante el presente informo a usted, recepción conforme del trabajo enunciado en Facturas adjunta **N°194.614**, correspondiente a proveedor, **INTERNATIONAL CLINICS S.A.** en virtud de orden de compra N°**202400000081**.
2. Lo anterior con cargo a Convenio "Programa Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución" (SAR) RES N° 041/06-09-2024.
3. Sin otro particular, para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente.



**V°B° SRTA. PIA CORTES MALDONADO  
DIRECTORA DEPTO. DE SALUD  
COMDES**



**SRTA.CORAL ORTEGA MENDOZA  
ASESOR TECNICO  
DEPTO. DE SALUD COMDES**

PCM/COM/com  
Distribución:  
- La indicada.  
- Archivo.

DEPTO. DE SALUD	
<input checked="" type="checkbox"/>	SU CONOCIMIENTO
<input checked="" type="checkbox"/>	GESTIONAR LO SOLICITADO.
<input checked="" type="checkbox"/>	FINES PERTINENTES
<input type="checkbox"/>	REPORTAR ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/>	ANALIZAR Y EMITIR OPINION
<input type="checkbox"/>	ARCHIVO
<input type="checkbox"/>	CONVERSAR CON EL SUSCRITO

26 DIC 2024

**LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA**

Orden de Compra : 20240000081 A 20240000081

Fecha Emisión : 17/01/2024 A 17/01/2024

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.				
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total	
40000081	88900200-K	202400082	17/01/2024	3				
22008009	M004 MANTENCION PREVENTIVA : MANTENCION 0004023 SAR ALEMANIA "SERVICIO ALTA			3	4,950,000	940,500	5,890,500	

**Total Neto : 4,950,000**  
**Total IVA : 940,500**  
**Total : 5,890,500**

Rut \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_



Entregado Conforme

Rut \_\_\_\_\_  
Firma *Recepcion Conforme*  
Nombre *En Memo N° 3571*  
*AS. Tec. Poral Ortega.*

Recibido Conforme