

Caribbean Pharma

Droguería

FARMACÉUTICA CARIBEAN 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

N° 463239

S.I.I. - SANTIAGO NORTE

SEÑOR(ES)	: CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA
GIRO	: SALUD Y EDUCACION
R.U.T.	: 70954900-6
DIRECCIÓN	: AV. BERNARDO O'HIGGINS 1155.
COMUNA	: CALAMA
CLIENTE N°	: C70954900-6
TELÉFONO	:

DESPACHAR (A)	: CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA
DIRECCIÓN	: CALLE PEINE 766
COMUNA	: CALAMA
CIUDAD	: CALAMA
TELÉFONO	:
HORARIO RECEPCIÓN	:

VENDEDOR	PEDIDO SAP	FACT. SAP	CÓDIGO DE VALIDACIÓN	ORDEN DE COMPRA
EQUIPO VENTA PRIVADA	259326	447458		2024-722
FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	CONDICIÓN DE PAGO	GUÍA DE DESPACHO	
30-05-2024 15:03	28-06-2024	30 DÍAS		

Código	Descripción	Cantidad	Lote	F. Venc.	Unidad	P. Unit.	Total
DRE0012	CILOKARE (B) 6.25 MG ESTCH. X 30 COMP. REC.	200	B2303743	01/09/2025	200	798	159.600
GEN0050	GLICOSOL XR (B) 1000 MG ESTCH. X 30 COMP. LP	667	B31144	01/07/2026	667	2.393	1.596.131

SON: DOS MILLONES OCHENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS.-

INFORMACIÓN BANCARIA:
 BANCO DE CHILE A LA CUENTA 176-02640-01
 BANCO ESTADO A LA CUENTA 00001225472
 EMAIL: cleiva@caribbeanpharma.cl

El plazo para los reclamos de mercadería faltante es de 72 horas. Si observa que su pedido no viene correctamente sellado, por favor comuníquese al email postventa@caribbeanpharma.cl

MONTO NETO	\$	1.755.731
DESCUENTO	\$	0
IVA (19%)	\$	333.589
TOTAL	\$	2.089.320



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



MEMO N° 116 (DROG-CENTRAL)

CALAMA, 05 de junio de 2024.-

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

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

1. Mediante el presente, informo a usted que se ha recepcionado conforme DE Fármacos correspondientes a Droguería Central, señalados en **Facturas N° 463239** correspondiente a proveedor: **FARMACEUTICA CARIBEAN SPA.** por un valor de **\$ 2.089.320.-**
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°202400000722**
3. En relación al valor de Orden de Compra, queda un saldo pendiente de \$647.062.- mantener compromiso de lo pendiente hasta el cobro del mismo, o descomprometer, según proceso que 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 : 202400000722 A 202400000722

Fecha Emisión : 15/04/2024 A 15/04/2024

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
2000000722	76830090-9	2024000725	15/04/2024	917			
20001002	METFORMINA CLORHIDRATO 1000 MG CM. 0012038 FOFAR, FONDO DE FARMACIA			667	1,596,131	303,265	1,899,396
20001213	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG CM. 0012038 FOFAR, FONDO DE FARMACIA			50	543,750	103,313	647,063
21001209	CARVEDILOL 6,25 MG CM. 0012038 FOFAR, FONDO DE FARMACIA			200	159,600	30,324	189,924

Total Neto : 2,299,481
Total IVA : 436,901
Total : 2,736,382

Rut _____
 a _____
 Nombre _____

 *[Signature]*

Entregado Conforme

Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____

 *[Signature]*

Recibido Conforme