

SALINAS Y FABRES SOCIEDAD ANONIMA

Vehiculos - Maquinarias - Repuestos - Servicio Técnico
Casa Matriz: Rondizzoni 2130 Casilla 1089, Santiago - Chile
Tel: (56-02) 8109000 / Call Center: 600 360 62 00
e.mail: salfa@salfa.cl - www.salfa.cl



R.U.T.: 91.502.000-3

FACTURA ELECTRÓNICA

Nº:4459612

S.I.I. SANTIAGO CENTRO

CALAMA
BALMACEDA 2150 , CALAMA
Fono: 55-563500 , Fax: 55-563500

Fecha Emisión: 13-06-2024
Señor(es): CORPORACIÓN MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA
Giro: OTROS
R.U.T.: 70.954.900-6
Dirección: AV. BERNARDO O'HIGGINS 1155
Comuna/Ciudad: CALAMA, CALAMA
Contacto: 977025274,ADQUISALUD@GMAIL.COM

Fecha Vencimiento: 13-07-2024
Nº Pedido: 000045099326, - F.Int. 0096412269
Term. Pago: I D. Crédito no Documentado 13.07.24,
Vendedor: PALOMA SALAZAR
Sucursal: CALAMA CASA MATRIZ

El no pago oportuno de facturas dará lugar al cobro de intereses y recargos según dispone la legislación vigente

COMENTARIOS: VEHICULO: RAM 700 SLT CD PATENTE: SVGH.19-0

Documentos Referenciados

Documento Ref.	Folio	Fecha	Razón Ref.
ORDEN DE COMPRA	202400001330	05-06-2024	

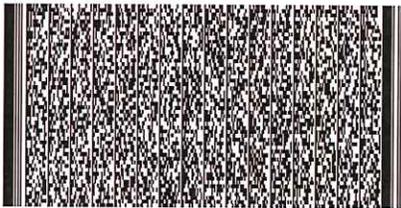
CODIGO	CANT.	DESCRIPCIÓN	VALOR UNIDAD	DESCUENTO	TOTAL
	1	SERVICIOS SERVICIOS MANTENCIÓN 20.000 KM NUEVA RAM 700 SLT SVGH19 OC 202400001330	278.239	4.214	274.025

"Según lo dispuesto en la Ley N° 19.983, modificada por la Ley N° 21.131, el no pago de esta factura dentro del plazo legal de 30 días corridos, o aquel plazo que se haya convenido mediante un acuerdo debidamente inscrito en el Registro Especial establecido en la citada ley, se entenderá que, para todos los efectos legales, el deudor ha incurrido en mora, devengándose un interés y comisión moratoria por el saldo insoluto a favor de Salinas y Fabres S.A., RUT N° 91.502.000-3

Monto Neto	274.025
19.00% I.V.A.	52.065
Monto Exento	0
Monto Total	326.090

SON: TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL NOVENTA PESOS

TIPO DE CAMBIO: 0,00



Timbre Electronico S.I.I.

Res. 80 del 22-08-2014 - Verifique este documento en
www.sii.cl

Nombre :	RUT:	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 e) DEL Art.5° DE LA LEY 19.983, ACREDITA QUE LA ENTREGA DE MERCADERÍAS O SERVICIOS(S) PRESTADO(S) HA(N) SIDO RECIBIDO(S).		

MEMO N°1455.-
CALAMA, 18 de junio 2024.-

DE : ASESOR TÉCNICO DEPTO. SALUD
SR. NICOLAS SANCHO GATICA

A : DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD
SRTA. PIA CORTES MALDONADO

1. Mediante el presente informo a usted, recepción conforme de Mantenición 20.000km para la Camioneta SVGH-19 Posta Ayquina, enunciado en la factura N°4459612, correspondiente al proveedor SALFA, Por un valor de \$326.090
2. Lo anterior con cargo a operaciones salud.
3. Se adjunta factura.

Para su conocimiento y fines pertinentes.

Agradeciendo su gestión,



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



SR. NICOLAS SANCHO GATICA
ASESOR TÉCNICO
DEPTO. DE SALUD COMDES

PCM/NSG/nsg

Distribución:

- La indicada.
- Archivo

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202400001330 A 202400001330

Fecha Emisión : 05/06/2024 A 05/06/2024

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
202400001330	91502000-3	2024001317	05/06/2024	11			
4002328	INSUMO TALLER						
	0004006	POSTA SALUD RURAL AYQUINA		1	30,000	5,700	35,700
4012045	INSPECCION						
	0004006	POSTA SALUD RURAL AYQUINA		1	19,260	3,659	22,919
6002054	ELEMENTO FILTRO DE ACEITE						
	0004006	POSTA SALUD RURAL AYQUINA		1	20,703	3,934	24,637
6008028	ELEMENTO FILTRO AIRE						
	0004006	POSTA SALUD RURAL AYQUINA		1	21,436	4,073	25,509
17007035	AIRLIFE						
	0004006	POSTA SALUD RURAL AYQUINA		1	15,126	2,874	18,000
22002006	MANO DE OBRA						
	0004006	POSTA SALUD RURAL AYQUINA		2	110,000	20,900	130,900
22002108	ACEITE MOTOR						
	0004006	POSTA SALUD RURAL AYQUINA		4	57,500	10,925	68,425

Total Neto : 274,025

Total IVA : 52,065

Total : 326,090

Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____

Entregado Conforme

Rut _____
 Firma *Recepcion Conforme*
 Nombre *As. Técnico Depto de Salud*

Recibido Conforme