

# Caribbean Pharma

Droguería

FARMACÉUTICA CARIBBEAN 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° 455464**

S.I.I. - SANTIAGO NORTE

SEÑOR(ES) : CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA	DESPACHAR (A) : CORPORACION MUNICIPAL DE CALAMA
GIRO : SALUD Y EDUCACION	DIRECCIÓN : ESMERALDA N° 1814
R.U.T. : 70954900-6	COMUNA : CALAMA
DIRECCIÓN : AV. BERNARDO O'HIGGINS 1155.	CIUDAD : CALAMA
COMUNA : CALAMA	TELÉFONO :
CLIENTE N° : C70954900-6	HORARIO RECEPCIÓN :
TELÉFONO :	

VENDEDOR	PEDIDO SAP	FACT. SAP	CÓDIGO DE VALIDACIÓN	ORDEN DE COMPRA
EQUIPO VENTA PRIVADA	253253	439685		725
FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	CONDICIÓN DE PAGO	GUÍA DE DESPACHO	
25-04-2024 8:14	24-05-2024	30 DÍAS		

Código	Descripción	Cantidad	Lote	F. Venc.	Unidad	P. Unit.	Total
PHT0042	BICRINOL 1 SUS. OFT. X 5 ML FCO. GOT.	78	307000661	01/06/2026	78	12.282	957.996
PHT0007	LAGRIMAS ARTIFICIALES SOL. OFT. FCO. X 10 ML	217	3H619C	01/07/2025	217	943	204.631
ALC0011	MYDRIACYL 1% SOL OFT X15 ML	15	76405	01/02/2025	15	35.191	527.865

*bodega (1)*

SON: DOS MILLONES ONCE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS.-

<b>INFORMACIÓN BANCARIA:</b> 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 \$ 1.690.492 DESCUENTO \$ 0 IVA (19%) \$ 321.193 TOTAL \$ 2.011.685
---	--	---



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)".



**CALAMA, 03 de mayo 2024.-**

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

**A: DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD  
SRTA. PÍA CORTÉS MALDONADO.**

1. Mediante el presente, informo a usted que se ha recepcionado conforme de fármacos correspondientes a Droguería Central,, según lo señalado en **Facturas N°455464** correspondiente a proveedor: **FARMACEUTICA CARIBEAN SPA.** por un valor de **\$2.011.685.-**
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°202400000725**
3. En relación al valor de Orden de Compra, queda un saldo pendiente de \$1.136.157.- mantener compromiso de lo pendiente hasta el cobro del mismo, o descomprometer, según proceso que corresponda.
4. Lo anterior con cargo a **Ítem: "Resolutividad en APS año 2024 Componente UAPO"**.

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 : 202400000725 A 202400000725

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
202400000725	76830090-9	2024000727	15/04/2024	1,205			
20001210	PROPARACAINA 0,5% SOL. OFT. FCO. 15 ML	0012031	RESOLUTIVIDAD EN APS	10	106,220	20,182	126,402
20001366	LAGRIMAS ARTIFICIALES SOL. OFT. FCO.	0012031	RESOLUTIVIDAD EN APS	1,000	943,000	179,170	1,122,170
20001404	TIMOLOL 0.5% SOL OFT 10ML	0012031	RESOLUTIVIDAD EN APS	100	85,600	16,264	101,864
20001427	TROPICAMIDA 1% GOTAS	0012031	RESOLUTIVIDAD EN APS	15	527,865	100,294	628,159
20001526	BRINZOLAMIDA 1% SUSP. OFT. FCO. 5 ML	0012031	RESOLUTIVIDAD EN APS	80	982,560	186,686	1,169,246

**Total Neto : 2,645,245**

**Total IVA : 502,597**

**Total : 3,147,842**

Rut

Firma

Nombre

*[Firma]*  


**Entregado Conforme**

Rut

Firma

Nombre

*[Firma]*  


**Recibido Conforme**