

DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MEDICOS MEGAMED CHILE LIMITADA

Distribuidora de Productos Médicos y Suplementos Alimentario
 Casa Matriz: San Ignacio N°2629 - San Miguel - Santiago
 Fono: (56-2) 25567030

Bodega: Emiliano Figueroa 8547 - San Ramón - Santiago
 Sucursal: Arlegui 441-443 - local 1 Viña del Mar- Fono: (32)2711724
 e-mail: ventasvina@megamed.cl

Razón Social

Abdón Cifuentes N°49 - Of. 12 - Santiago Centro
 e-mail: ventas@megamed.cl - página web: www.megamed.cl
 SucursalCasa Matriz San Ignacio

RUT: 76.032.980-0
FACTURA ELECTRONICA
 Nº 51671

S.I.I. - SANTIAGO SUR

| | | | |
|-------------------|--|---------------------------|------------|
| SEÑOR: | CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL | FECHA EMISIÓN: | 26/09/2024 |
| RUT: | 70.954.900-6 | FECHA VENCIMIENTO: | 26/10/2024 |
| GIRO: | EDUCACION Y SALUD | Nº REFERENCIA | 85435 |
| DIRECCIÓN: | AVDA. O´HIGGINS Nº 1155 | TELEFONO: | 55-2540418 |
| COMUNA: | CALAMA | CIUDAD: | CALAMA |
| | | FORMA DE PAGO: | CREDITO |

| SKU | CANTIDAD | ITEM | VALOR UNITARIO | SUBTOTAL |
|--------|----------|------------------------------|----------------|-----------|
| 103467 | 5 | PULPO TABLA RESCATE INFANTIL | \$ 19.700 | \$ 98.500 |
| 103468 | 5 | PULPO TABLA RESCATE ADULTO | \$ 19.700 | \$ 98.500 |

Referencias a otros Documentos

| Tipo Documento | Folio | Fecha | Razón Referencia |
|-----------------|--------------|------------|------------------|
| Orden de Compra | 202400002386 | 25/09/2024 | |

Nota: DESPACHAR ESMERALDA 1814-VILLA CHICA -CALAMA . STARKEN PAGADO. CONTACTP SILVANA TAPIA 9 93407439.

Son: DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS

Nombre del Vendedor CLAUDIA ROJAS

Su pago puede ser depositado en la Cta Cte #8840148305 Banco de Chile a nombre de Megamed Chile Ltda, correo cobranza@megamed.cl



Timbre Electrónico S.I.I.

Res. 80 del 22-08-2014 Verifique Documento: www.sii.cl

| | |
|-------------------|-------------------|
| NETO (\$) | \$ 197.000 |
| I.V.A. 19% | \$ 37.430 |
| TOTAL (\$) | \$ 234.430 |

ORIGINAL

Cancelada Por

Nombre:

Rut:

Fecha:

Firma:

Contrata Factura Electronica en www.bsale.cl

CALAMA, 14 OCTUBRE 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 Equipos Médicos correspondientes a Droguería Central, señalados en **FACTURA N° 51671** correspondiente a proveedor: **DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS MÉDICOS MEGAMED CHILE LIMITADA.** por un valor de **\$234.430.-**
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°202400002386**
3. En relación al valor de Orden de Compra, queda sin saldo pendiente.
4. Lo anterior con cargo a **Ítem: Sub-Salud "IMC Equipos y Equipamiento"**

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente,



**Q.F. SILVANA TAPIA AGUIRRE
DIRECTOR TÉCNICO
DROGUERIA CENTRAL COMDES**

PCM/STA/aca.

Distribución:

- La indicada
- Adquisiciones Salud
- Asesor Dental

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202400002386 A 202400002386

Fecha Emisión : 10/09/2024 A 10/09/2024

| Orden de Compra | Proveedor | Nro. Solicitud | Fecha Emisión | Cantidad Prod. | | | |
|-----------------|--------------------------------------|-------------------|---------------|----------------|--------|--------|---------|
| Producto | Centro de Costo | | Cantidad | Valor Neto | IVA | Total | |
| 202400002386 | 76032980-0 | 2024002384 | 10/09/2024 | 10 | | | |
| 4013009 | CORREAS TIPO ARAÑA/ PULPO PEDIÁTRICO | | | | | | |
| | 0004101 | DROGUERIA CENTRAL | | 5 | 98,500 | 18,715 | 117,215 |
| 28001023 | CORREAS TIPO ARAÑA/ PULPO ADULTO | | | | | | |
| | 0004101 | DROGUERIA CENTRAL | | 5 | 98,500 | 18,715 | 117,215 |

Total Neto : 197,000

Total IVA : 37,430

Total : 234,430

Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____



Entregado Conforme

Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____



Recibido Conforme