

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° 481058

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	269642	465276		2019-24
FECHA EMISIÓN	FECHA VENCIMIENTO	CONDICIÓN DE PAGO	GUÍA DE DESPACHO	
16-08-2024 8:26	14-09-2024	30 DÍAS		

Código	Descripción	Cantidad	Lote	F. Venc.	Unidad	P. Unit.	Total
PHT0042	BICRINOL 1 SUS. OFT. X 5 ML FCO. GOT.	40	307000662	01/06/2026	40	13.050	522.000

SON: SEISCIENTOS VEINTIUN MIL CIENTO OCHENTA 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	\$	522.000
DESCUENTO	\$	0
IVA (19%)	\$	99.180
TOTAL	\$	621.180

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° 220 (DROG-CENTRAL)

CALAMA, 10 de septiembre 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° 481058** correspondiente a proveedor: **FARMACEUTICA CARIBEAN SPA.** por un valor de **\$ 621.180.-**
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°202400002019**
3. En relación al valor de Orden de Compra, queda sin saldos pendientes.
4. Lo anterior con cargo a **Ítem: "Resolutividad en APS año 2024 componentes 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 : 202400002019 A 202400002019

Fecha Emisión : 08/08/2024 A 08/08/2024

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.				
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total	
2000002019	76830090-9	2024002017	08/08/2024	40				
20001526	BRINZOLAMIDA 1% SUSPENSION OFTALMICA, FCO. 5 0012031	RESOLUTIVIDAD EN APS		40	522,000	99,180	621,180	

Total Neto : 522,000
Total IVA : 99,180
Total : 621,180

Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____



Entregado Conforme

Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____



Recibido Conforme