



**ITF LABOMED FARMACEUTICA  
LIMITADA**

Fabricación, Distribución, Promoción, Ventas, Importación y  
Exportación de Productos Farmacéuticos

**R.U.T.: 96.884.770-8**

**FACTURA ELECTRONICA**

**N° 207330**

**S.I.I. - SANTIAGO CENTRO**

**Casa Matriz:**  
Cerro el plomo 5420 Piso 14 oficina 1405,  
Las Condes - Santiago, Chile  
Fono: +56 2 6567800

**Sucursal:**  
Panamericana Norte Km. 21.5, Lampa, Stgo,  
Chile  
Fono: +56 2 6567854

SEÑOR(ES) : CORP MUNIC CALAMA	CATEG. CLIENTE : Droguería
R.U.T. : 70954900-6	FECHA EMISION : 16-08-2024
DIRECCION : AV BDO OHIGGINS 1155	CIUDAD : CALAMA
COMUNA : CALAMA	FECHA DE VENC. : 30-09-2024
GIRO : ACTIVIDADES DE CENTROS DE SALUD MUNICIPA	COND. DE PAGO : Cobranza Directa 45 Dias
CONTACTO :	O. DE COMPRA : 202400002014

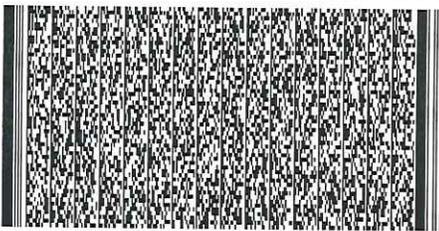
FECHA:	HORA: 12:39	ANDEN:
DESPACHAR A: DIRECCION: CALLE PEINE 766 V CASPANA	COMUNA: CALAMA	CIUDAD: CALAMA

Orden de Compra	202400002014	08-08-2024
Nota de pedido	193076	16-08-2024

PRODUCTO	DETALLE	SERIE	VENC.	CANTIDAD	PRECIO LISTA	DESC	TOTAL
3616	HIDRORONOL 50 MG X 1000 COMPRIMIDOS	403050	31/03/2028	15	12.000		180.000
<p style="font-size: 2em; color: blue;">X1 3K</p>							

Son: DOSCIENTOS CATORCE MIL DOSCIENTOS	
Total Unidades: 15	
INFORMACION BANCARIA:	Comentario: VENTA INSTITUCIONES Basado en Pedidos de cliente 202400002014
BANCO DE CHILE CTA. 40458-06 BANCO ESTADO CTA. 047403-7 CONTACTO: jclazo@itf-labomed.cl	

MONTO EXENTO:	
MONTO NETO:	180.000
19% I.V.A.:	34.200
TOTAL A PAGAR:	214.200
CONDICION DESPACHO: Liberado para distribuir CONDICION ALMACENAMIENTO: Almacenado a no mas de 25° C	



Timbre Electronico SII

Res.198 de 2010 - Verifique documento:www.sii.cl

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 MERCADERIA(S) O SERVICIO(S) PRESTADO(S) HA(N) SIDO RECIBIDO(S) EN TOTAL	

**ORIGINAL**

**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° 207330** correspondiente a proveedor: **ITF LABOMED FARMACEUTICA LIMITADA.** por un valor de **\$ 214.200.-**
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°202400002014**
3. En relación al valor de Orden de Compra, queda sin saldos pendientes.
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 : 202400002014 A 202400002014

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	
202400002014	96884770-8	2024002010	08/08/2024	15			
20001230	HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG CM.	0012038	FOFAR, FONDO DE FARMACIA	15	180,000	34,200	214,200

**Total Neto : 180,000**  
**Total IVA : 34,200**  
**Total : 214,200**

Rut \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
  
**Entregado Conforme**

Rut \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_  
  
**Recibido Conforme**