

Dipromed SA
 Importadora y distribuidora de productos medicos
 Casa Matriz: Palacio Riesco 4331, Huechuraba
 Mesa Central: +56224731300
 Metropolitana
 SUCURSALES



Av. Manquehue Norte 1435, Local 01. Vitacura Telf. 2 2473 1380
 Av. Matta 649, Santiago Sur. Telf. 2 2473 1390
 Av. Providencia 2533, Providencia. Telf. 2 2473 1383
 Huérfanos 801, Local 10. Santiago Centro Telf. 2 2473 1384
 CC. Apumanque, Local 489, Piso 01. Las Condes Telf. 2 2473 1396

E-mail: contacto@dipromed.cl

R.U.T.: 86397000-8

FACTURA ELECTRÓNICA

N° 804870

SII - SANTIAGO NORTE

Fecha: 25/04/2025

Señor (es) Corporacion Municipal de Desarrollo Social de Calama RUT 70954900-6 FONO _____
 Dirección Avenida Libertador Bernardo O'Higgins 1155 Comuna Calama Región Antofagasta (CL)
 Dir Despacho Avenida Libertador Bernardo O'Higgins 1155, Calama, Antofagasta, Chile Conds. Vta. N/A

Referencia:
 (801) Orden de Compra | NUM 1230848-36-CM25 | 25/04/2025 |
 (52) Guía de Despacho Electrónica | NUM 087181 | 31/03/2025 |

Código	Descripción	U.M	Cantidad	V. Unit	Total
JTLAT17400 [JTLAT17400]	Guante para Examinación de Látex (Cj x100) Chico Sensemed	Caja x100	767	2626.0	\$ 2.014,142

Recibe

Nombre _____ RUT _____
 Lugar _____ Fecha _____

 Firma

SUBTOTAL NETO \$ 2.014.142
 % DESCTO. \$
 IVA 19% Vta \$ 382.687
 TOTAL \$ 2.396.829
 ORIGINAL

El acuse de recibo que se declara en este acto de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4 y letra c) del Art. 5° de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s) en total conformidad*

* El pago de esta factura deberá efectuarse a su vencimiento. Son los siguientes medios de pago: - Cheque nominativo y cruzado a nombre de Dipromed S.A. - Transferencia Electrónica - Tarjetas Bancarias - Efectivo. * No aceptamos reclamo alguno por robo, mermas o quebrazón, cesando nuestra responsabilidad una vez salidos los productos de nuestras bodegas. * Los cambios sólo se realizarán con documentos originales dentro de los 30 días corridos siguientes de haberse efectuado la compra

Los productos deben estar SIN USO, completos y en su empaque original.

Gracias por su compra. Visítanos en:
www.dipromed.cl

Empresa con Certificación de Calidad para Dispositivos Médicos ISO 13485



Timbre Electrónico SII
 Resolución 80 de Verifique documento en: www.sii.cl

Dipromed SA
 Importadora y distribuidora de productos medicos
 Casa Matriz: Palacio Riesco 4331, Huechuraba
 Mesa Central: +56224731300
 Metropolitana
SUCURSALES

Av. Manquehue Norte 1435, Local 01. Vitacura Telf. 2 2473 1380
 Av. Matta 649, Santiago Sur. Telf. 2 2473 1390
 Av. Providencia 2533, Providencia. Telf. 2 2473 1383
 Huérfanos 801, Local 10. Santiago Centro Telf. 2 2473 1384
 CC. Apumanque, Local 489, Piso 01. Las Condes Telf. 2 2473 1396

E-mail: contacto@dipromed.cl

R.U.T.: 86397000-8

FACTURA ELECTRÓNICA

N° 804877

SII - SANTIAGO NORTE

Fecha: 25/04/2025

Señor (es) Corporacion Municipal de Desarrollo Social de Calama RUT 70954900-6 FONO
 Dirección Avenida Libertador Bernardo O'Higgins 1155 Comuna Calama Región Antofagasta (CL)
 Dir Despacho Avenida Libertador Bernardo O'Higgins 1155, Calama, Antofagasta, Chile Conds. Vta. N/A

Referencia:
 (801) Orden de Compra | NUM 1230848-36-CM25 | 25/04/2025 |
 (52) Guía de Despacho Electrónica | NUM 087079 | 27/03/2025 |

Código	Descripción	U.M	Cantidad	V. Unit	Total
JTLAT17300 [JTLAT17300]	Guante para Examinación de Látex (Cj x100) Extra-Chico Sensemed	Unidades	233	2626.0	\$ 611.858
Delivery_004	Entrega Correos (Free)	Unidades	1	1500.0	\$ 1.500

Recibe

Nombre _____ RUT _____

Lugar _____ Fecha _____

Firma _____

SUBTOTAL NETO \$ 613.358
 % DESCTO. \$
 IVA 19% Vta \$ 116.538
 TOTAL \$ 729.896
 ORIGINAL

El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4 y letra c) del Art. 5° de la ley. 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s) en total conformidad

* El pago de esta factura deberá efectuarse a su vencimiento. Son los siguientes medios de pago: - Cheque nominativo y cruzado a nombre de Dipromed S.A. - Transferencia Electrónica - Tarjetas Bancarias - Efectivo. * No aceptamos reclamo alguno por robo, mermas o quebración, cesando nuestra responsabilidad una vez salidos los productos de nuestras bodegas. * Los cambios sólo se realizarán con documentos originales dentro de los 30 días corridos siguientes de haberse efectuado la compra

Los productos deben estar SIN USO, completos y en su empaque original.

Gracias por su compra. Visítanos en:
www.dipromed.cl

Empresa con Certificación de Calidad
 para Dispositivos Médicos ISO 13485



MEMO N° 031 (DROG-CENTRAL)

CALAMA, 28 ABRIL 2025.-

**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 Insumos Médicos correspondientes a Droguería Central, señalados en **FACTURAS N° 804870-804877** correspondiente a proveedor: **DIPROMED S.A.** por un valor de **\$3.126.725.-**
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°1230848-36-CM25**
ORDEN DE COMPRA N°202500000259
3. En relación al valor de Orden de Compra, queda sin saldos pendientes.
4. Lo anterior con cargo a **Ítem: "Sub- Salud "Insumos Médicos"**.

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente,



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

PCM/STA/cdp..

Distribución:

- La indicada

- Archivo

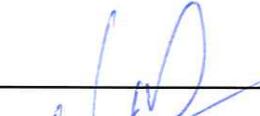
LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 20250000259 A 20250000259

Fecha Emisión : 02/04/2025 A 02/04/2025

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo		Cantidad	Valor Neto	IVA	Total	
20250000259	86397000-8	2025000258	02/04/2025	1,001			
4002169	GASTOS DE ENVIO						
	0004101	DROGUERIA CENTRAL	1	1,500	285	1,785	
26001377	GUANTE LATEX CONTROLADO SENSEMED TALLA XS						
	0004101	DROGUERIA CENTRAL	1,000	2,626,000	498,940	3,124,940	

Total Neto : 2,627,500
Total IVA : 499,225
Total : 3,126,725

Rut _____
 Firma 
 Nombre 

Entregado Conforme

Rut _____
 Firma 
 Nombre 



Recibido Conforme