



**GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LIMITA**  
**FABRICACION DE PROD. FARMACEUTICOS, SUSTANCIAS QUIMICAS MEDICINALES**

**R.U.T.: 85.025.700-0**  
**FACTURA ELECTRONICA**  
**Folio: 1572660**

**CASA MATRIZ: AV ANDRES BELLO 2687 P 19, LAS CONDES, SANTIAGO FONOS: 56 - 2 2382 9017**  
**SUCURSAL: CAMINO LO BOZA N°107- EX 8395 MODULO#A 6, PUDAHUEL**

**S.I.I. SANTIAGO ORIENTE**  
**OBD :2128049215**

|   |  |
|---|--|
| <b>NOMBRE</b> : CORP.MUNICIPAL DE DESAR.SOCIAL DECALAMA | <b>FECHA</b> : 21/01/2025              |
| <b>R.U.T.</b> : 70.954.900-6                            | <b>VENCIMIENTO</b> : 21/04/2025        |
| <b>GIRO</b> : FARMACIAS INDEPENDIENTES                  | <b>N° CLIENTE</b> : 1100573120         |
| <b>DIRECCIÓN</b> : AV.OHIGGINS 1155 Chica, Calama       | <b>COMUNA</b> : CALAMA                 |
| <b>COND. PAGO</b> : 90 días fecha factura               | <b>TIPO ESTABLECIMIENTO</b> : Farmacia |
| <b>VENDEDOR</b> : HECTOR ACEVEDO SANDR                  | <b>DOC. SAP</b> : 5392765976           |

**DOCUMENTOS REFERENCIADOS**

| TIPO DOCUMENTO  | FOLIO        | FECHA      | TIPO DOCUMENTO         | FOLIO   | FECHA      | TIPO DOCUMENTO | FOLIO | FECHA |
|-----------------|--------------|------------|------------------------|---------|------------|----------------|-------|-------|
| Orden de Compra | 621-258-SE24 | 21/01/2025 | Guía Despacho Electrón | 1288996 | 20/01/2025 |                |       |       |

| CODIGO         | CANTIDAD | DETALLE                     | N° DE SERIE | F. VENCIMIENTO | VALOR UNIT. | VALOR TOTAL |
|----------------|----------|-----------------------------|-------------|----------------|-------------|-------------|
| 60000000010982 | 10       | Anoro Elipta 55/22Mcg 30 Ds | S58X        | 31/03/2026     | 22.000      | 220.000     |

Total Cantidades: 10  
 CNB 311548335 INTERMEDIACION

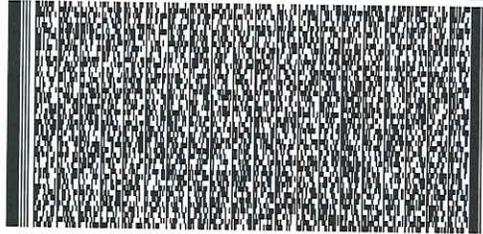
**CORP MUNIC CALAMA BODEGA, CALLE PEINE 766 V CASPANA, CALAMA -**

**IMPORTANTE : TODO PRODUCTO QUE REQUIERA CADENA DE FRIO, NO ESTA SUJETO A CANJE NI DEVOLUCIONES, ES RESPONSABILIDAD DEL CLIENTE REVISAR EL MONITOR DE T° EN EL MOMENTO DE RECEPCION DEL PRODUCTO.**

Guías de Despacho: 1288996

OBD : 2128049215

Nombre: \_\_\_\_\_  
 R.U.T.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Recinto: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_



Timbre Electrónico SII  
 Res. 83 del 29/06/2011 - Verifique documento: www.sii.cl  
 By New Sign Consultores Ltda.

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| <b>MONTO NETO</b>  | <b>220.000</b> |
| <b>19% IVA</b>     | <b>41.800</b>  |
| <b>MONTO TOTAL</b> | <b>261.800</b> |

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

Agradecemos hacer sus transferencias electrónicas o depósitos de los importes de las facturas como sigue:

**GLAXOSMITHKLINE CHILE FARMACEUTICA LTDA., Rut:**  
**85.025.700-0 Banco de Chile - Citi, Cta. Cte. N° 0100220016**  
 Información requerida: Detalle de factura que se paga; Numero y Fecha



**LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA**

Orden de Compra : 202500000121 A 202500000121

Fecha Emisión : 13/02/2025 A 13/02/2025

| Orden de Compra | Proveedor                                 | Nro. Solicitud       | Fecha Emisión | Cantidad Prod. |            |        |         |
|-----------------|---|----------------------|---------------|----------------|------------|--------|---------|
| Producto        | Centro de Costo                           |                      |               | Cantidad       | Valor Neto | IVA    | Total   |
| 202500000121    | 85025700-0                                | 2025000120           | 13/02/2025    | 10             |            |        |         |
| 20001482        | UMECLIDINIO BROMURO VILANTEROL<br>0001001 | FARMACIA COMUNITARIA |               | 10             | 220,000    | 41,800 | 261,800 |

**Total Neto : 220,000**

**Total IVA : 41,800**

**Total : 261,800**

Rut \_\_\_\_\_  
 Firma  \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_

**Entregado Conforme**

Rut \_\_\_\_\_  
 Firma  \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_

**Recibido Conforme**