

PHARMA NETWORK SPA

VENTA AL POR MAYOR Y DISTRIBUCION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Casa Matriz: Avenida Apoquindo 4700 piso 1701, Las Condes, Santiago

R.U.T. 76.857.605-K

FACTURA ELECTRÓNICA

N° 0000190566

S.I.I. - PROVIDENCIA



SEÑORES : CORP MUNIC CALAMA
DIRECCIÓN : AV BDO OHIGGINS 1155
COMUNA : CALAMA CIUDAD : CALAMA
R.U.T. : 70.954.900-6 TELEFONO : 22222222
GIRO : ACTIVIDADES DE CENTROS DE SALUD MUNICIPA
CÓDIGO : C70954900-6

FECHA EMISIÓN :16/06/2025
FECHA VENCIMIENTO :16/07/2025
TIPO DESPACHO :

FORMA DE PAGO : Crédito
CONDICION DE PAGO : 30 DIAS
NOTA DE VENTA : 169698

Tipo de Documento	Folio	Fecha	R.Referencia
Orden de Compra	621-156-SE25	2025-06-16	
Nota de Pedido	312443522	2025-06-16	
Contrato	4500037044	2025-06-16	
Proceso ChileCompra	621-659-LR24	2025-06-16	

Dirección Origen: AVENIDA APOQUINDO 4700 OFICINA 1701 PISO 17
Comuna : LAS CONDES Ciudad : SANTIAGO
Dirección Destino: CALLE PEINE 766
Comuna : CALAMA Ciudad : CALAMA

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	DESCUENTO \$	VALOR
1	24143507	QUETIAPINA 25 MG COMP REC X 1000 BLISTER GENERICO SKU:7804650880639 Vence 30-06-2027	2	8.300		16.600

OBSERVACIONES

PROGRAMA INTERMEDIACION CENABAST JUNIO 2025/OC
621-156-SE25/ID 621-659-LR24/PC 4500037044/CORP
MUNIC CALAMA BODEGA

Cuenta Corriente: 112089055

Banco de Chile

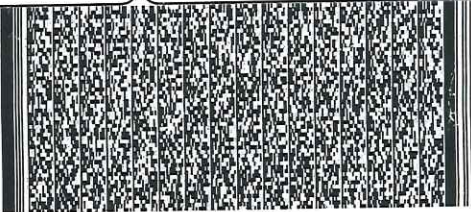
Mail: cobranza@pharmanetwork.cl

NOMBRE: RUT:

RECINTO:

FECHA: 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 las mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibidos(s).



Timbre Electronico S.I.I.

Res. 51 de 2014 - Verifique Documento: www.sii.cl

MONTO NETO 16.600
MONTO IVA 19% 3.154
MONTO EXENTO 0
MONTO TOTAL 19.754

PHARMA NETWORK SPA

VENTA AL POR MAYOR Y DISTRIBUCION DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Casa Matriz: Avenida Apoquindo 4700 piso 1701, Las Condes, Santiago

R.U.T. 76.857.605-K

FACTURA ELECTRÓNICA

N° 0000190827

S.I.I. - PROVIDENCIA



SEÑORES : CORP MUNIC CALAMA
DIRECCIÓN : AV BDO OHIGGINS 1155
COMUNA : CALAMA CIUDAD : CALAMA
R.U.T. : 70.954.900-6 TELEFONO : 22222222
GIRO : ACTIVIDADES DE CENTROS DE SALUD MUNICIPA
CÓDIGO : C70954900-6

FECHA EMISIÓN :17/06/2025
FECHA VENCIMIENTO :17/07/2025
TIPO DESPACHO :
FORMA DE PAGO : Crédito
CONDICION DE PAGO : 30 DIAS
NOTA DE VENTA : 170613

Tipo de Documento	Folio	Fecha	R.Referencia
Orden de Compra	621-495-SE24	2025-06-17	
Nota de Pedido	312458433	2025-06-17	
Contrato	4500034249	2025-06-17	
Proceso ChileCompra	621-15-LR24	2025-06-17	

Dirección Origen: AVENIDA APOQUINDO 4700 OFICINA 1701 PISO 17
Comuna : LAS CONDES Ciudad : SANTIAGO
Dirección Destino: CALLE PEINE 766
Comuna : CALAMA Ciudad : CALAMA

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	DESCUENTO \$	VALOR
1	25120256	VENLAFAXINA 150 MG 30 COMP. REC. LIB. PROL. BLISTER GENERIC SKU:7804650885559 Vence 30-12-2027	17	1.410		23.970

OBSERVACIONES

PROGRAMA INTERMEDIACION CENABAST JUNIO 2025/OC
621-495-SE24/ID 621-15-LR24/PC 4500034249/CORP
MUNIC CALAMA BODEGA

Cuenta Corriente: 112089055

Banco de Chile

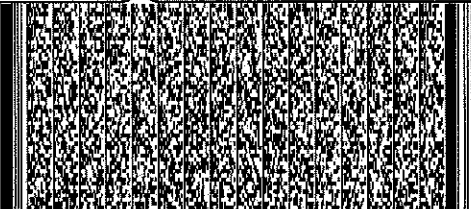
Mail: cobranza@pharmanetwork.cl

NOMBRE: RUT:

RECINTO:

FECHA: 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 las mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibidos(s).



Timbre Electronico S.I.I.

Rcs. 51 de 2014 - Verifique Documento: www.sii.cl

MONTO NETO 23.970
MONTO IVA 19% 4.554
MONTO EXENTO 0
MONTO TOTAL 28.524

PHARMA NETWORK SPA
VENTA AL POR MAYOR Y DISTRIBUCION DE
PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Casa Matriz: Avenida Apoquindo 4700 piso 1701, Las Condes, Santiago

R.U.T. 76.857.605-K

FACTURA ELECTRÓNICA

N° 0000190814

S.I.I. - PROVIDENCIA



SEÑORES : CORP MUNIC CALAMA
DIRECCIÓN : AV BDO OHIGGINS 1155
COMUNA : CALAMA CIUDAD : CALAMA
R.U.T. : 70.954.900-6 TELEFONO : 22222222
GIRO : ACTIVIDADES DE CENTROS DE SALUD MUNICIPA
CÓDIGO : C70954900-6

FECHA EMISIÓN :17/06/2025
FECHA VENCIMIENTO :17/07/2025
TIPO DESPACHO :

FORMA DE PAGO : Crédito
CONDICION DE PAGO : 30 DIAS
NOTA DE VENTA : 170465

Tipo de Documento	Folio	Fecha	R.Referencia
Orden de Compra	621-1206-SE24	2025-06-17	
Nota de Pedido	312401335	2025-06-17	
Contrato	4300035986	2025-06-17	
Proceso ChileCompra	621-616-LR24	2025-06-17	

Dirección Origen: AVENIDA APOQUINDO 4700 OFICINA 1701 PISO 17
Comuna : LAS CONDES Ciudad : SANTIAGO

Dirección Destino: CALLE PEINE 766
Comuna : CALAMA Ciudad : CALAMA

ITEM	CÓDIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	DESCUENTO \$	VALOR
1	23144029	ESOMEPRAZOL TRIHIDRATO 20 MG CAP.GRAN. REC. ENTERICO X 30 BLISTER GENERICO SKU:7804650884804 Vence 30-09-2026	30	1.466		43.980

OBSERVACIONES
PROGRAMA INTERMEDIACION CENABAST JUNIO 2025/OC 621-1206-SE24/ID 621-616-LR24/PC 4500035986/CORP MUNIC CALAMA BODEGA

Banco de Chile

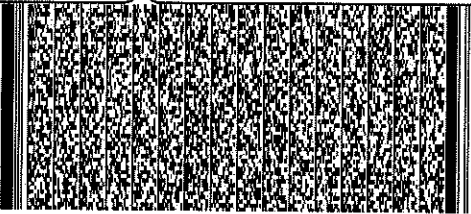
Cuenta Corriente: 112089055
Mail: cobranza@pharmanetwork.cl

NOMBRE: RUT:

RECINTO:

FECHA: 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 las mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).



MONTO NETO	43.980
MONTO IVA 19%	8.356
MONTO EXENTO	0
MONTO TOTAL	52.336

facele

Facturación Electrónica - www.facele.cl - Tel: (+56 02) 334 6746

Antes de imprimir este documento piense bien si es necesario hacerlo.

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202500000492 A 202500000492

Fecha Emisión : 24/06/2025 A 24/06/2025

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202500000492	76857605-K	2025000491	24/06/2025	49			
20001203	QUETIAPINA25 MG	0001001	FARMACIA COMUNITARIA	2	16,600	3,154	19,754
20001415	VENLAFAXINA 150 MG COMP	0001001	FARMACIA COMUNITARIA	17	23,970	4,554	28,524
20001471	ESOMEPRAZOL 20MG	0001001	FARMACIA COMUNITARIA	30	43,980	8,356	52,336

Total Neto : 84,550

Total IVA : 16,065

Total : 100,615

Rut _____

Firma _____

Nombre _____

Entregado Conforme

Rut _____

Firma _____

Nombre _____

Recibido Confor me

Solicitud de Cotización N° 2025000491

SEÑOR(ES) **PHARMA NETWORK SPA**

SIRVASE COTIZARNOS PRECIOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO POR LOS SIGUIENTES MATERIALES

DETALLE DE PRODUCTOS

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO	MONTO
2.000	CAJA X 1000	QUETIAPINA25 MG	
17.000	CAJA X 30	VENLAFAXINA 150 MG COMP	
30.000	CAJA X 30	ESOMEPRAZOL 20MG	

Total

Montos

Con I.V.A. Incluido []

Sin I.V.A. Incluido []

Plazo de Entrega

Observaciones

PHARMACIA CIUDADANA
DE CALAMA
Teléfono: 8 12 11 11

24 de Junio de 2025

ORDEN DE COMPRA Nro. 202500000492

AREA 0010 FARMACIA COMUNITARIA

Señor(es)	: PHARMA NETWORK SPA	Rut	: 76.857.605-K
Dirección	: APOQUINDO 4700, DEPTO. 1702A, LAS CONDES, SANTIAGO		
Teléfono	: 0	Contacto	:
Fax	: 0	E-Mail	:

*** El pago a proveedores se realizará dentro de los 30 días corridos contados desde la recepción de factura con la certificación conforme de los bienes y servicios-requisito para efectuar el pago ***

*** AL MOMENTO DE FACTURAR SE RUEGA HACER MENCIÓN AL NRO. ORDEN DE COMPRA ***

Cantidad	Unid. Medida	Descripción	Valor Unidad	Total
17	CAJA X 30	VENLAFAXINA 150 MG COMP	1,410	23,970
30	CAJA X 30	ESOMEPRAZOL 20MG	1,466	43,980
2	CAJA X 1000	QUETIAPINA25 MG	8,300	16,600

Glosa PHARMA NETWORK SPA; FARMACIA CIUDADANA; FARMACOS; CENABAST

Sub-Total	84,550
Descuento	
Monto Neto	84,550
Iva 19%	16,065
Total	100,615

Condición de Pago 30 DIAS
Plazo de Entrega 16/06/2025
Forma de Despacho ESMERALDA #1814 VILLA CHICA CALAMA
Documento de Origen INTERMEDIACION CENABAST
Cuenta Presupuestaria 2152204004001001
Area de Gestión CENABAST CENTRAL NACIONAL DE ABASTECIMIENTO



PIA CORTES MALDONADO
DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD



JANET SORENSEN ANDUEZA
JEFA(I) DEPARTAMENTO FINANZAS



LUIS VILLASECA SOTO
DIRECTOR EJECUTIVO



AREA DE ADQUISICIONES
DEPARTAMENTO DE SALUD