

**CEGAPHARMA SPA**Dirección: DUQUE DE KENT 0433, RECOLETA - SANTIAGO
Teléfono: 22-8696330 - 6336 - 6338

IMPORTACIÓN Y COMERCIALIZACION DE FARMACOS Y MEDICAMENTOS

R.U.T.: 76.688.653-1

FACTURA ELECTRÓNICA

N° 2413

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

Señor(es) : CORPORACION MUNICIPAL DE DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA
Dirección : AV BDO OHIGGINS 1155
Comuna : CALAMA NV : 2190
Giro : ENSEÑANZAFecha : 16-06-2025
R.U.T.: 70954900-6
Vcto. : 16-07-2025
Vendedor : EMPRESA

Despachar a : CORP MUNIC CALAMA, CALLE PEINE 766

Comuna : CALAMA

OP/Doc. V. : 4500034367/312425400

Contacto : +56552344670

ID/Id Pcte/ Bultos : B-1.

O/C : 621-524-SE24

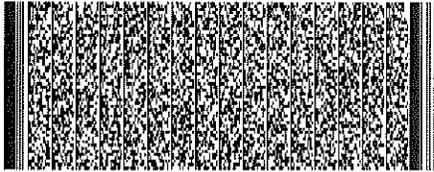
Hes/O. Fact. :

G. Despacho : 858

INTERMEDIACION CENABAST JUNIO

Dispositivo Médico

CANTIDAD	DETALLE	PARTIDA	FECHA VCTO.	VALOR UNIT.	TOTAL
1.500	VITAMINA D3 800 UI Und (30COMP) Cachet. (VDCT24003E)	VDCT24003E	30-04-2027	40,00	60.000,00

Timbre Electrónico SII
Res n°80 de 2014 verifique documento en www.sii.cl

SUBTOTAL	60.000
NETO	0
EXENTO	60.000
% DESCUENTO	0
IVA (19%)	11.400
TOTAL	71.400

SON: SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS

Favor realizar el pago de CEGAPHARMA SPA, Rut: 76.688.653-1, Banco Santander; Cta. Corriente N° 7135178-5. Enviar el comprobante de pago al email: Pnavarro@Medicalfront.cl**PERSONA QUE RECIBE**Nombre : _____ RUT : _____
Recinto : _____
Fecha : _____ Firma : _____

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

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202500000465 A 202500000465

Fecha Emisión : 19/06/2025 A 19/06/2025

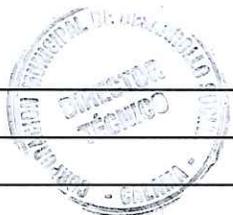
Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo		Cantidad	Valor Neto	IVA	Total	
202500000465	76688653-1	2025000463	19/06/2025	50			
20001454	VITAMINA D3 50.000UI	0001001	FARMACIA COMUNITARIA	50	60,000	11,400	71,400

Total Neto : 60,000

Total IVA : 11,400

Total : 71,400

Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____



Entregado Conforme

Rut _____
 Firma _____
 Nombre _____



Recibido Conforme

Solicitud de Cotización N° 2025000463

SEÑOR(ES) **CEGAPARMA SPA**
 SIRVASE COTIZARNOS PRECIOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO POR LOS SIGUIENTES MATERIALES

DETALLE DE PRODUCTOS

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO	MONTO
50.000	CAJA X 30	VITAMINA D3 50.000UI	_____

Total _____

Montos

Con I.V.A. Incluido []
 Sin I.V.A. Incluido []

Plazo de Entrega _____

Observaciones _____




SI RESPONDE EN ESTE FORMULARIO SE RUEGA FIRMAR Y TIMBRAR.

ENCARGADO ADQUISICIONES

19 de Junio de 2025

ORDEN DE COMPRA Nro. 20250000465

AREA 0010 FARMACIA COMUNITARIA

Señor(es) : CEGAPARMA SPA Rut : 76.688.653-1
 Dirección : DUQUE DE KENT 0433 RECOLETA SANTIAGO
 Teléfono : 8696330 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
50	CAJA X 30	VITAMINA D3 50.000UI	1,200	60,000

Glosa CEGAPARMA SPA;FARMACIA CIUDADANA; FARMACOS; CENABAST

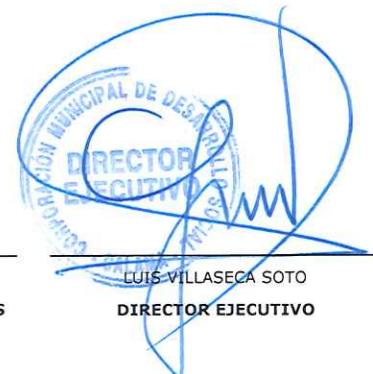
Sub-Total	60,000
Descuento	
Monto Neto	60,000
Iva 19%	11,400
Total	71,400

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










AREA DE ADQUISICIONES DEPARTAMENTO DE SALUD
 PIA CORTES MALDONADO DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD
 JANET SORENSEN ANDUEZA JEFA(I) DEPARTAMENTO FINANZAS
 LUIS VILLASECA SOTO DIRECTOR EJECUTIVO