



LUXYPHARM SPA

R.U.T. : R.U.T. 76.105.305-1

FACTURA ELECTRONICA

N° 76140

S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE

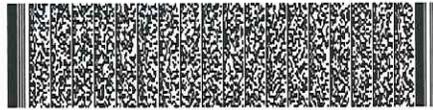
Giro: COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS QUÍMICOS
Dirección: AVENIDA APOQUINDO 3650 OFICINA 1201 - LAS CONDES
Teléfono: +56 2 2799 2439
E-mail: CONTACTO1@LUXYPHARM.CL

SEÑOR(ES) CORP MUNIC CALAMA
R.U.T. 70.954.900-6
GIRO : FUNDACIONES Y CORPORACIONES; ASOCIACIONES QUE PROMUEVEN ACTI
DIRECCION: AV BDO OHIGGINS 1155
COMUNA: Calama
CIUDAD: Calama
FECHA EMISION: 17/06/2025
VENCIMIENTO: 01/08/2025
TELEFONO:
CONDICION DE VENTA: CREDITO 45 DIAS
VENDEDOR: INTERFAZ

Table with 7 columns: CODIGO, DETALLE, U. VENTA, CANTIDAD, P.UNITARIO, DESCUENTO, TOTAL. Row 1: 7800086703207, DICLOFENACO 1,16% GEL TOPICO 30G CAJ1TU, EX1, 100, 362.00, 36,200

ORDEN DE COMPRA 621-232-SE24 30/05/2025
NOTA DE PEDIDO 312387893 17/06/2025
CONTRATO 4500033659 17/06/2025
PROCESO CHILECOMPRA 621-1014-LQ23 17/06/2025
PAGOS: BANCO BICE - CUENTA CORRIENTE 02-73425-7
SON: CUARENTA Y TRES MIL SETENTA Y OCHO PESOS.-

Summary table: NETO 36,200, IVA (19%) 6,878, TOTAL 43,078



Timbre Electrónico SII

Res. Nº 80 de 2014 Verifique documento en www.sii.cl

PERSONA QUE RECIBE

Nombre: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_
Fecha: \_\_\_\_\_ Recinto: \_\_\_\_\_ 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 recibido(s).



LUXYPHARM SPA

R.U.T. : R.U.T. 76.105.305-1

NOTA DE CREDITO  
ELECTRONICA  
N° 4777

S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE

Giro: COMERCIALIZADORA DE PRODUCTOS QUÍMICOS  
Dirección: AVENIDA APOQUINDO 3650 OFICINA 1201 - LAS CONDES  
Teléfono: +56 2 2799 2439  
E-mail: CONTACTO1@LUXYPHARM.CL

SEÑOR(ES)	CORP MUNIC CALAMA	FECHA EMISION:	28/07/2025
R.U.T.	70.954.900-6	VENCIMIENTO:	11/09/2025
GIRO :	ACTIVIDADES DE CENTROS DE SALUD MUNICIPALIZADOS	TELEFONO:	
DIRECCION:	AV BDO OHIGGINS 1155	CONDICION DE VENTA:	CREDITO 45 DIAS
COMUNA:	Calama	VENDEDOR:	INTERFAZ
CIUDAD:	Calama		

CODIGO	DETALLE	U. VENTA	CANTIDAD	P.UNITARIO	DESCUENTO	TOTAL
7800086703207	DICLOFENACO 1,16% GEL TOPICO 30G CAJ1TU SERIE: 240301 VENCE: 25/03/2027 INTERMEDIACION CENABAST COD CENABAST: 500017140 EMBARQUE: F552558 PESO: 4,71 BULTOS: 1  CAMBIO DE GIRO: ACTIVIDADES DE CENTROS DE SALUD MUNICIPALIZADOS	EX1	100			

FACTURA ELECTRÓNICA 76140 17/06/2025

PAGOS: BANCO BICE - CUENTA CORRIENTE 02-73425-7

SON: CERO PESOS.-

NETO
IVA (19%)
TOTAL



Timbre Electrónico SII

Res.N° 80 de 2014 Verifique documento en [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

PERSONA QUE RECIBE

Nombre: _____	RUT: _____
Fecha: _____	Recinto: _____ Firma: _____

El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a los 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 recibido(s).

**LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA**

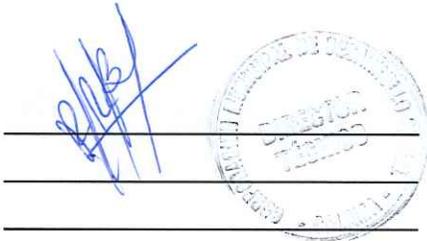
Orden de Compra : 202500000502 A 202500000502

Fecha Emisión : 26/06/2025 A 26/06/2025

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202500000502	76105305-1	2025000502	26/06/2025	100			
20001647	DICLOFENACO 1% GEL. 0001001	FARMACIA COMUNITARIA		100	36,200	6,878	43,078

**Total Neto : 36,200**  
**Total IVA : 6,878**  
**Total : 43,078**

Rut  
 Firma  
 Nombre



**Entregado Conforme**

Rut  
 Firma  
 Nombre



**Recibido Conforme**

**Solicitud de Cotización N° 2025000502**

SEÑOR(ES) **LUXYPHARM SPA**

SIRVASE COTIZARNOS PRECIOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO POR LOS SIGUIENTES MATERIALES

**DETALLE DE PRODUCTOS**

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO	MONTO
100.000	UNIDAD	DICLOFENACO 1% GEL.	_____

Total \_\_\_\_\_

**DE CALAMA**  
Escriba # 1814

**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**