



PISA FARMACEUTICA DE CHILE SPA

Importación y Comercialización de Productos Farmacéuticos
 Calle Magnere 1540 piso 10 ofc 1002, PROVIDENCIA
 Teléfono: 222474161
 Email: mabracho@pisa.com.mx

R.U.T: 76.423.281-K

Factura electrónica

Folio N° 78468

S.I.I. - Santiago Centro

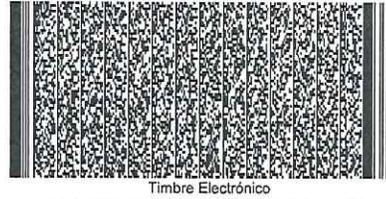
Señor (es) CORP MUNIC CALAMA	Ciudad CALAMA, CL	Giro Actividades de centros de salud municipalizados	Vendedor CENABAST
Dirección AV BDO OHIGGINS 1155	Condición de pago CREDITO 30 DIAS	R.U.T 70.954.900-6	Moneda de ingreso PESO
Comuna CALAMA	Fecha Documento 19-6-2025	Fecha de Vencimiento 19-7-2025	Tasa de ingreso 1
Documento de Ref. 801 - Orden de Compra	Razón de Ref. Prog.JUNIO	Folio de Ref 621-418-SE24	Fecha de Ref. 2-6-2025

Item	Código	Detalle	Cant	P. Unitario	Rec/Dscto	Total
1	4050600	EX TRATOBEN 2.5MG CJA C/50 TAB CL [Lote: W24Y005, Cant: 10, Venc: 31/5/2026] Comentario: 312387892	10 STC	\$ 2.700	\$ 0	\$ 27.000

Cancelado _____ de _____ de _____

Comentario
 ENTREGAR: CALLE PEINE 766 - CALAMA CONTACTO: SILVANA TAPIA AGUIRRE . TELEFONO: 552943774 (L- J 8 a 16 hrs / V- 8 a 13 hrs)

Recargo/Dscto.	\$ 0
Afecto	\$ 27.000
Exento	\$ 0
19% IVA	\$ 5.130
Total	\$ 32.130
TREINTA Y DOS MIL CIENTO TREINTA PESOS	



Timbre Electrónico
 Res. 80 del 2014 Verifique documento: <http://www.sii.cl/>

Nombre: _____
 Rut: _____ Fecha: _____
 Recinto: _____ 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 mercadería(s) o servicio(s).

745

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202500000520 A 202500000520 *Rile*

Fecha Emisión : 02/07/2025 A 02/07/2025

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202500000520	76423281-K	2025000521	02/07/2025	10			
20001664	METOTREXATO 2,5 MG. 0001001	FARMACIA COMUNITARIA		10	27,000	5,130	32,130

Total Neto : 27,000

Total IVA : 5,130

Total : 32,130

Rut
 Firma
 Nombre

[Firma]


Entregado Conforme

Rut
 Firma
 Nombre

[Firma]


Recibido Conforme

Solicitud de Cotización N° 2025000521

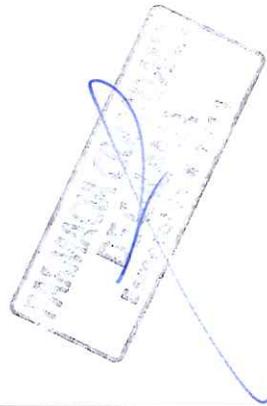
SEÑOR(ES) **PISA FARMACEUTICA DE CHILE SPA**

SIRVASE COTIZARNOS PRECIOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO POR LOS SIGUIENTES MATERIALES

DETALLE DE PRODUCTOS

CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PRODUCTO	MONTO
10.000	CAJA X 100	METOTREXATO 2,5 MG.	_____

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