



Dipro Medical Device SpA  
 Venta de insumos, equipos e instrumentos medicos y dentales  
 Casa Matriz: Huerfanos 1044, Oficina 74, Santiago  
 Mesa Central: +56224731399  
 Metropolitana

**R.U.T.: 78041826-5**  
**FACTURA ELECTRÓNICA**  
**N° 162**

**SII - SANTIAGO CENTRO**

Fecha: 25/06/2025

Señor (es) Corporacion Municipal de Desarrollo Social de Calama RUT 70954900-6 FONO \_\_\_\_\_  
 Giro Actividades de Centros de Salud Municipalizados (Servicios de Salud Publica)  
 Dirección Avenida Libertador Bernardo O'Higgins 1155 Comuna Calama Región Antofagasta (CL)  
 Dir Despacho Esmeralda 1814, Calama, Antofagasta, Chile Conds. Vta. Crédito a 30 días Fecha de vencimiento 25/07/2025

Referencia: (801) Orden de Compra | NUM 1230848-107-AG25 | 25/06/2025 ||

Código	Descripción	U.M	Cantidad	Lote	Fecha Exp.	Clase	V. Unit	Total
ES70201119073	Material de Obstrucción de Ionómero de Vidrio Ketac Molar Easy Mix Ref. 56633	Unidades	78	11747668	06/02/2027		\$ 24.900	\$ 1.942.200
ES70201119073	Material de Obstrucción de Ionómero de Vidrio Ketac Molar Easy Mix Ref. 56633	Unidades	72	11819706	24/02/2027		\$ 24.900	\$ 1.792.800

**Recibe**

Nombre \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_  
 Lugar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Firma

SUBTOTAL NETO \$ **3.735.000**  
 % DESCTO. \$ \_\_\_\_\_  
 IVA 19% Vta \$ **709.650**  
 TOTAL \$ **4.444.650**  
**ORIGINAL**

*El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4 y letra c) del Art. 5° de la ley. 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s) en total conformidad\**  
 \* El pago de esta factura deberá efectuarse a su vencimiento. Son los siguientes medios de pago: - Cheque nominativo y cruzado a nombre de Dipromed S.A. - Transferencia Electrónica - Tarjetas Bancarias - Efectivo. - No aceptamos reclamo alguno por robo, mermas o quebrazón, cesando nuestra responsabilidad una vez salidos los productos de nuestras bodegas. - Los cambios sólo se realizarán con documentos originales dentro de los 30 días corridos siguientes de haberse efectuado la compra

Los productos deben estar SIN USO, completos y en su empaque original.



Timbre Electrónico SII  
 Resolución 80 de Verifique documento en: www.sii.cl

CALAMA, 26 JUNIO 2025.-

**DE: DIRECTOR TECNICO DROGUERIA CENTRAL  
Q.F. SILVANA TAPIA AGUIRRE.**

**A: DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD  
EU. PIA CORTES MALDONADO.**

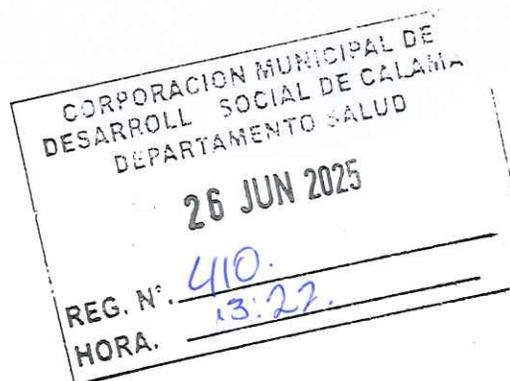
1. Mediante el presente, informo a usted que se ha recepcionado conforme Insumos Médicos recepcionado en Droguería Central, señalados en **FACTURAS N°162** correspondiente a proveedor: **DIPRO MEDICAL DEVICE SPA**. Por un valor de \$ **4.444.650.-**
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°1230848-107-AG25**
3. En relación al valor de Orden de Compra, queda sin saldos pendientes.
4. Lo anterior con cargo a **Ítem: Sub- Salud "Insumos Dentales"**.

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente,



**Q.F. SILVANA TAPIA AGUIRRE  
DIRECTOR TÉCNICO  
DROGUERIA CENTRAL COMDES**

PCM/STA/cdp.  
Distribución:  
- La indicada  
- Archivo



DIRECTORA DEPTO. SA	
A: <i>Droguería</i>	
<input type="checkbox"/>	SU CONOCIMIENTO
<input checked="" type="checkbox"/>	GESTIONAR LO SOLICITADO
<input type="checkbox"/>	FINES PERTINENTES
<input type="checkbox"/>	APORTAR ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/>	ANALIZAR Y EMITIR OPINIÓN
<input type="checkbox"/>	ARCHIVO
<input type="checkbox"/>	CONVERSAR CON EL SUSCRIBIDO

*Juntos por Calama*

**LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA**

Orden de Compra : 202500000449 A 202500000449

Fecha Emisión : 09/06/2025 A 09/06/2025

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202500000449	78041826-5	2025000448	09/06/2025	150			
27001058	KITS DE RESTAURACION DENTAL						
	0004016	UNIDAD CENTRAL DIRECCION SALUD		150	3,735,000	709,650	4,444,650

**Total Neto : 3,735,000**  
**Total IVA : 709,650**  
**Total : 4,444,650**

Rut \_\_\_\_\_  
 Firma   
 Nombre Andris Acosta  
**Entregado Conforme**

Rut \_\_\_\_\_  
 Firma Recepcion conforme en memo N°049.  
 Nombre Silvana Tapia Aguirre  
**Recibido Conforme**