

MUNNICH PHARMA MEDICAL SPA

Importación, Exportación y Comercialización de Insumos y Equipos Médicos,
Prótesis Ortopédicas, Productos Químicos, Alimenticios, Farmacéuticos,
Cosméticos y Otros de Distribución Masiva.

Casa Matriz: Av. El Salto 4875 OF. 601, Huechuraba, Santiago



RUT : 80.447.400-5

FACTURA ELECTRONICA

N° 442142

S.I.I. - Santiago Norte



FECHA DE EMISION : 05-06-2025 18:12
SEÑORES : CORP. MUNICIPAL DESARROLLO SOCIAL CALAMA
R.U.T. : 70.954.900-6
GIRO : ACTIVIDADES DE CENTROS DE SALUD MUNICIPA
DIRECCION : ESMERALDA 1814 SALA 1-2
COMUNA : CALAMA
TELEFONO :
N° DE ORDEN DE COMPRA : 1230848-99-SE25
OBSERVACIONES :

FECHA DE VENCIMIENTO : 04-08-2025
CONDICIONES DE VENTA : 43-00-60 60 DIAS PLAZO
CONDICIONES DE PAGO : Crédito
Nro. PEDIDO : 1078372
VENDEDOR :
LOCAL : FARMACIA CIUDADANA DE CALAMA
CLIENTE : 5075408
Nro. ORDEN SEPARACIÓN :

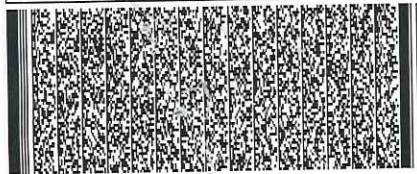
CÓDIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO	DESCUENTO	TOTAL
272737	JARDIANCE COM.25MG.30 V 06-2027 S G20845	200	34.500,0000		6.900.000

SON: ocho millones doscientos once mil Pesos Chilenos

EXTENDER CHEQUE CRUZADO Y NOMINATIVO A NOMBRE DE MUNNICH PHARMA MEDICAL SPA

RUT TRANSPORTISTA	NOMBRE TRANSPORTISTA	PATENTE
88.192.900-7	TNT EXPRESS CHILE LTDA	
OC:1230848-99-SE25 Documenta Vendedor 04/08/2025		
01** DF Doc Ref: Sin Ref ***** 8.211.000 252 1078372		

SUBTOTAL	\$	6.900.000
DESCUENTO	\$	0
MONTO NETO	\$	6.900.000
MONTO EXENTO	\$	0
IVA 19 %	\$	1.311.000
TOTAL	\$	8.211.000



Timbre Electrónico SII

Res. 42 del 2013. - Verifique documento: www.sii.cl

En caso de dudas o consultas, comuníquese con nuestro equipo de servicio al cliente llamando al 800-530-250 o al correo electronico sacmunnich@femsasalud.com

Direccion Despacho ESMERALDA N° 1814, SALA 1 y 2,
VILLA CHICA
Comuna Despacho CALAMA

Droguería de Origen INTERCARRY LOGISTICA LIMITADA:
Avda. Vicuña Mackenna 3350, Macul, Santiago.

PRODUCTOS LIBERADOS PARA DISTRIBUCION

MEMO N° 044 (DROG-CENTRAL)

CALAMA, 17 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 Fármacos recepcionado en Droguería Central, señalados en **FACTURAS N° 442142** correspondiente a proveedor: **MUNNICH PHARMA MEDICAL SPA.** Por un valor de **\$ 8.211.000.-**
2. Dicha factura está asociada a **ORDEN DE COMPRA N°1230848-99-SE25**
ORDEN DE COMPRA N°202500000440
3. En relación al valor de Orden de Compra, queda sin saldos pendientes.
4. Lo anterior con cargo a **Ítem: Sub- Salud "Fármacos"**.

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente,



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

PCM/STA/cdp.

Distribución:

- La indicada
- Archivo

LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA

Orden de Compra : 202500000440 A 202500000440

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

Orden de Compra	Proveedor	Nro. Solicitud	Fecha Emisión	Cantidad Prod.			
Producto	Centro de Costo			Cantidad	Valor Neto	IVA	Total
202500000440	80447400-5	2025000438	06/06/2025	200			
20001002	EMPAGLIFOZINA 25MG						
	0004101	DROGUERIA CENTRAL		200	6,900,000	1,311,000	8,211,000

Total Neto : 6,900,000

Total IVA : 1,311,000

Total : 8,211,000

Rut _____
Firma _____
Nombre _____



Entregado Conforme

Rut _____
Firma _____
Nombre _____



Recibido Conforme