

**SERVICIOS MEDICOS OSVALDO ARRIAGADA  
POBLETE E.I.R.L.**

SERVICIOS DE MEDICOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE  
RAMON SUBERCASEUX 1268 DEPTO 1007  
COMUNA: SAN MIGUEL - CIUDAD: SANTIAGO  
1  
AA@LAVTAX.CL

**R.U.T.: 76.151.358-3**

**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRÓNICA**

**Nº 163**

**S.I.I. - SANTIAGO SUR**

**RUT: 77200240-8**

**FECHA DE EMISIÓN : 23-06-2023**

Señor(es): SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LIMITADA  
Atención a: .  
Giro: SERVICIOS DE MEDICO EN FORMA INDEPENDIENTE  
Dirección: AV SANTA MARIA 0410 - PROVIDENCIA - SANTIAGO  
Observaciones: CORRESPONDIENTE JUNIO 2023

Telefono: 1

Vendedor: VENDEDOR GENERICO

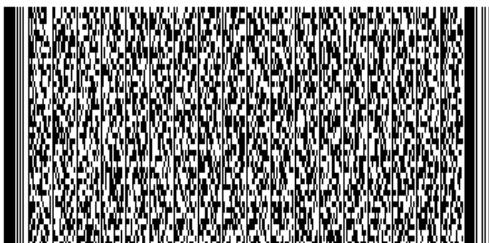
Forma de Pago: TRANSFERENCIA

Condiciones de Pago: 30 DIAS

Fecha Vencimiento: 23-07-2023

<b>CODIGO</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>UND</b>	<b>UNITARIO</b>	<b>DESCUENTO</b>	<b>SUBTOTAL</b>
10002	SERVICIOS DE SALUD	1	UND	\$11.193.600	0%	\$11.193.600

<b>DOCUMENTO REFERENCIA</b>	<b>FOLIO</b>	<b>FECHA</b>	<b>MOTIVO REFERENCIA</b>	<b>RAZÓN REFERENCIA</b>



DTO. AFECTO	\$0
DTO. EXENTO	\$0
NETO AFECTO	\$0
NETO EXENTO	\$11.193.600
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
<b>TOTAL</b>	<b>\$11.193.600</b>

TIMBRE ELECTRÓNICO SII  
RESOLUCIÓN N°80 DEL 2014-08-22  
VERIFIQUE DOCUMENTO EN [WWW.SII.CL](http://WWW.SII.CL)

**SON: ONCE MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS**

CONTROLER GROUP | [WWW.CONTROLER.CL](http://WWW.CONTROLER.CL)

**SERVICIOS MEDICOS OSVALDO ARRIAGADA  
POBLETE E.I.R.L.**

SERVICIOS DE MEDICOS PRESTADOS DE FORMA INDEPENDIENTE  
RAMON SUBERCASEUX 1268 DEPTO 1007  
COMUNA: SAN MIGUEL - CIUDAD: SANTIAGO  
1  
AA@LAVTAX.CL

**R.U.T.: 76.151.358-3**

**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRÓNICA**

**Nº 163**

**S.I.I. - SANTIAGO SUR**

**RUT: 77200240-8**

**FECHA DE EMISIÓN : 23-06-2023**

Señor(es): SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LIMITADA  
Atención a: .  
Giro: SERVICIOS DE MEDICO EN FORMA INDEPENDIENTE  
Dirección: AV SANTA MARIA 0410 - PROVIDENCIA - SANTIAGO  
Observaciones: CORRESPONDIENTE JUNIO 2023

Telefono: 1

Vendedor: VENDEDOR GENERICO

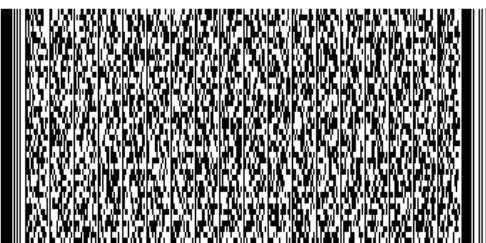
Forma de Pago: TRANSFERENCIA

Condiciones de Pago: 30 DIAS

Fecha Vencimiento: 23-07-2023

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUB-TOTAL
10002	SERVICIOS DE SALUD	1	UND	\$11.193.600	0%	\$11.193.600

DOCUMENTO REFERENCIA	FOLIO	FECHA	MOTIVO REFERENCIA	RAZÓN REFERENCIA



**CEDIBLE**

NOMBRE: _____
RECINTO: _____ FECHA: ____ / ____ / ____
RUT: _____ FIRMA: _____
El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4, la 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).

DESCTO. AFECTO %	\$0
DESCTO. EXENTO	\$0
NETO AFECTO	\$0
NETO EXENTO	\$11.193.600
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
<b>TOTAL</b>	<b>\$11.193.600</b>

**SON: ONCE MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS**