

**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 171

S.I.I. - SANTIAGO SUR

RUT: 77200240-8

FECHA DE EMISIÓN : 23-02-2024

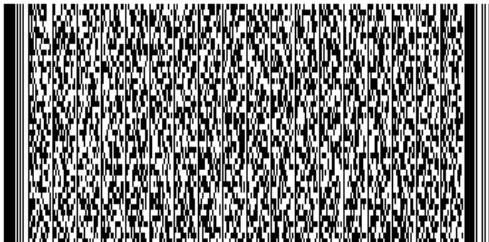
Señor(es): SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LIMITADA
Atención a: .
Giro: SERVICIOS DE MEDICO EN FORMA INDEPENDIENTE
Dirección: AV SANTA MARIA 0410 - PROVIDENCIA - SANTIAGO
Observaciones: CORRESPONDIENTE FEBRERO 2024

Telefono: 1

Vendedor: VENDEDOR GENERICO
Forma de Pago: TRANSFERENCIA
Condiciones de Pago: 30 DIAS
Fecha Vencimiento: 24-03-2024

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUBTOTAL
10002	SERVICIOS DE SALUD	1	UND	\$10.037.400	0%	\$10.037.400

DOCUMENTO REFERENCIA	FOLIO	FECHA	MOTIVO REFERENCIA	RAZÓN REFERENCIA



DTO. AFECTO	\$0
DTO. EXENTO	\$0
NETO AFECTO	\$0
NETO EXENTO	\$10.037.400
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
TOTAL	\$10.037.400

TIMBRE ELECTRÓNICO SII
RESOLUCIÓN N°80 DEL 2014-08-22
VERIFIQUE DOCUMENTO EN WWW.SII.CL

SON: DIEZ MILLONES TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS PESOS

CONTROLER GROUP | 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 171

S.I.I. - SANTIAGO SUR

RUT: 77200240-8

FECHA DE EMISIÓN : 23-02-2024

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 FEBRERO 2024

Telefono: 1

Vendedor: VENDEDOR GENERICO

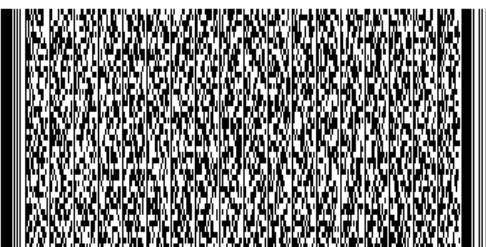
Forma de Pago: TRANSFERENCIA

Condiciones de Pago: 30 DIAS

Fecha Vencimiento: 24-03-2024

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUB-TOTAL
10002	SERVICIOS DE SALUD	1	UND	\$10.037.400	0%	\$10.037.400

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	\$10.037.400
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
TOTAL	\$10.037.400

SON: DIEZ MILLONES TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS PESOS