

**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 173**

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

**RUT: 77200240-8**

**FECHA DE EMISIÓN : 26-04-2024**

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 ABRIL 2024

Telefono: 1

Vendedor: VENDEDOR GENERICO

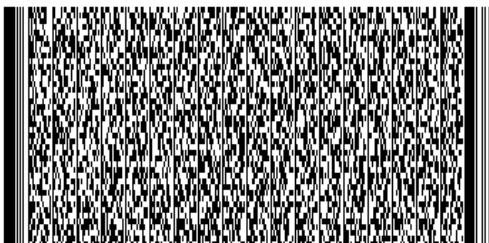
Forma de Pago: TRANSFERENCIA

Condiciones de Pago: 30 DIAS

Fecha Vencimiento: 26-05-2024

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUBTOTAL
10002	SERVICIOS DE SALUD	1	UND	\$11.515.800	0%	\$11.515.800

DOCUMENTO REFERENCIA	FOLIO	FECHA	MOTIVO REFERENCIA	RAZÓN REFERENCIA



DTO. AFECTO	\$0
DTO. EXENTO	\$0
NETO AFECTO	\$0
NETO EXENTO	\$11.515.800
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
<b>TOTAL</b>	<b>\$11.515.800</b>

**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 173**

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

**FECHA DE EMISIÓN : 26-04-2024**

Señor(es): SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LIMITADA

Vendedor: VENDEDOR GENERICO

Atención a: .

Telefono: 1

Forma de Pago: TRANSFERENCIA

Giro: SERVICIOS DE MEDICO EN FORMA INDEPENDIEN

Condiciones de Pago: 30 DIAS

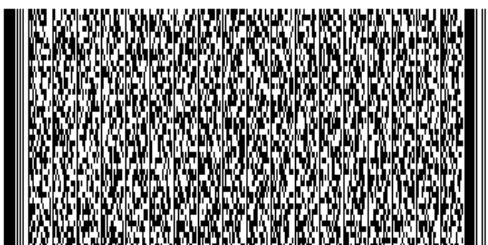
Dirección: AV SANTA MARIA 0410 - PROVIDENCIA - SANTIAGO

Fecha Vencimiento: 26-05-2024

Observaciones: CORRESPONDIENTE ABRIL 2024

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUB-TOTAL
10002	SERVICIOS DE SALUD	1	UND	\$11.515.800	0%	\$11.515.800

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	\$11.515.800
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
<b>TOTAL</b>	<b>\$11.515.800</b>

**SON: ONCE MILLONES QUINIENTOS QUINCE MIL OCHOCIENTOS PESOS**