

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

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

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

**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRÓNICA**

**Nº 178**

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

**RUT: 77200240-8**

**FECHA DE EMISIÓN : 26-09-2024**

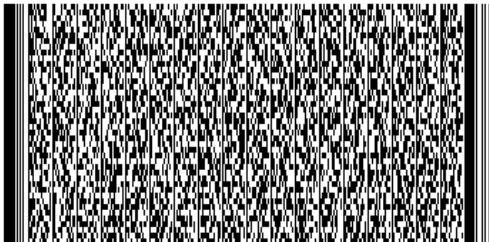
Señor(es): SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LIMITADA  
Atención a: .  
Giro: SERVICIOS DE MEDICO EN FORMA INDEPENDIENTE  
Dirección: AV SANTA MARIA 0410 - PROVIDENCIA - SANTIAGO  
Observaciones: CORRESPONDIENTE SEPTIEMBRE 2024

Telefono: 1

Vendedor: VENDEDOR GENERICO  
Forma de Pago: TRANSFERENCIA  
Condiciones de Pago: 30 DIAS  
Fecha Vencimiento: 26-10-2024

<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	\$11.302.800	0%	\$11.302.800

<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	\$11.302.800
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
<b>TOTAL</b>	<b>\$11.302.800</b>

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

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

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

**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRÓNICA**

**Nº 178**

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

**RUT: 77200240-8**

**FECHA DE EMISIÓN : 26-09-2024**

Señor(es): SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LIMITADA

Vendedor: VENDEDOR GENERICO

Atención a: .

Telefono: 1

Forma de Pago: TRANSFERENCIA

Giro: SERVICIOS DE MEDICO EN FORMA INDEPENDIENTE

Condiciones de Pago: 30 DIAS

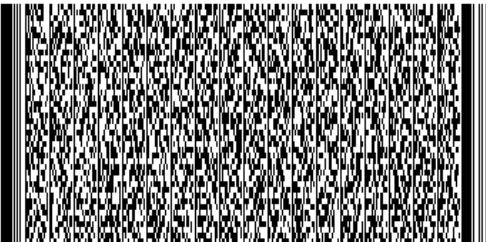
Dirección: AV SANTA MARIA 0410 - PROVIDENCIA - SANTIAGO

Fecha Vencimiento: 26-10-2024

Observaciones: CORRESPONDIENTE SEPTIEMBRE 2024

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUB-TOTAL
10002	SERVICIOS DE SALUD	1	UND	\$11.302.800	0%	\$11.302.800

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	\$11.302.800
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
<b>TOTAL</b>	<b>\$11.302.800</b>

**SON: ONCE MILLONES TRESCIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS**