

**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 315

S.I.I. - SANTIAGO SUR

RUT: 95432000-6

FECHA DE EMISIÓN : 11-09-2025

Señor(es): CENTRO MEDICO ANTOFAGASTA SA

Vendedor: VENDEDOR GENERICO

Atención a: JENIFFER AZOCAR

Telefono: .

Forma de Pago: TRANSFERENCIA

Giro: ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS PRI

Condiciones de Pago: 30 DIAS

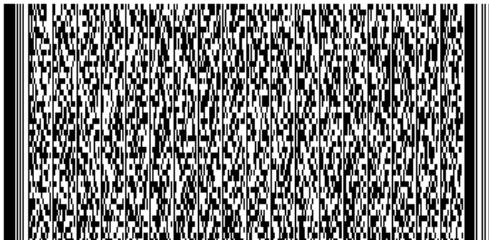
Dirección: AV MATTA 1945 - ANTOFAGASTA - ANTOFAGASTA

Fecha Vencimiento: 11-10-2025

Observaciones: CORRESPONDIENTE JULIO 2025

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUBTOTAL
10002	H2004006AN ANESTESISTA CORRESPONDIENTE A 22/07/2025	1	UND	\$106.904	0%	\$106.904

DOCUMENTO REFERENCIA	FOLIO	FECHA	MOTIVO REFERENCIA	RAZÓN REFERENCIA



DTO. AFECTO	\$0
DTO. EXENTO	\$0
NETO AFECTO	\$0
NETO EXENTO	\$106.904
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
TOTAL	\$106.904

**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 315

S.I.I. - SANTIAGO SUR

RUT: 95432000-6

FECHA DE EMISIÓN : 11-09-2025

Señor(es): CENTRO MEDICO ANTOFAGASTA SA

Vendedor: VENDEDOR GENERICO

Atención a: JENIFFER AZOCAR

Telefono: .

Forma de Pago: TRANSFERENCIA

Giro: ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS PRI

Condiciones de Pago: 30 DIAS

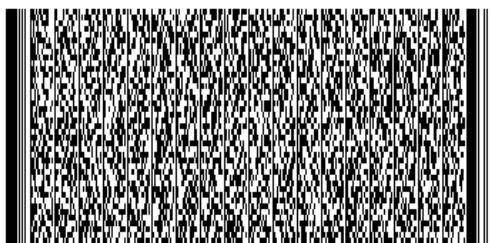
Dirección: AV MATTA 1945 - ANTOFAGASTA - ANTOFAGASTA

Fecha Vencimiento: 11-10-2025

Observaciones: CORRESPONDIENTE JULIO 2025

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUB-TOTAL
10002	H2004006AN ANESTESISTA CORRESPONDIENTE A 22/07/2025	1	UND	\$106.904	0%	\$106.904

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	\$106.904
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
TOTAL	\$106.904

SON: CIENTO SEIS MIL NOVECIENTOS CUATRO PESOS