

**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 506**

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

**RUT: 95432000-6**

**FECHA DE EMISIÓN : 05-12-2025**

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

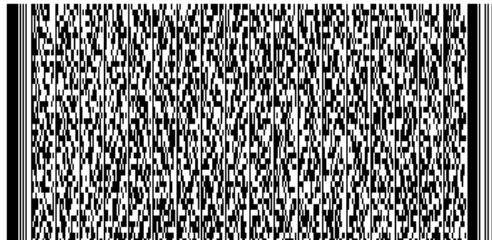
Dirección: AV MATTA 1945 - ANTOFAGASTA - ANTOFAGASTA

Fecha Vencimiento: 04-01-2026

Observaciones: ASESORIA PABELLO DIC 2025

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUBTOTAL
10002	ASESORIA PABELLO DIC.2025	1	UND	\$4.400.000	0%	\$4.400.000

DOCUMENTO REFERENCIA	FOLIO	FECHA	MOTIVO REFERENCIA	RAZÓN REFERENCIA



DTO. AFECTO	\$0
DTO. EXENTO	\$0
NETO AFECTO	\$0
NETO EXENTO	\$4.400.000
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
<b>TOTAL</b>	<b>\$4.400.000</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 506**

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

**RUT: 95432000-6**

**FECHA DE EMISIÓN : 05-12-2025**

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

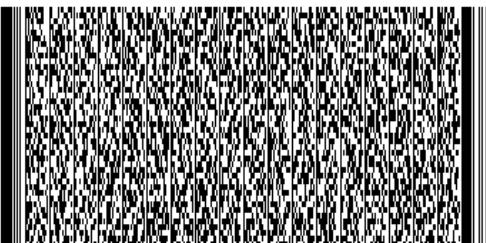
Dirección: AV MATTA 1945 - ANTOFAGASTA - ANTOFAGASTA

Fecha Vencimiento: 04-01-2026

Observaciones: ASESORIA PABELLO DIC 2025

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUB-TOTAL
10002	ASESORIA PABELLO DIC.2025	1	UND	\$4.400.000	0%	\$4.400.000

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	\$4.400.000
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
<b>TOTAL</b>	<b>\$4.400.000</b>

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS**