

**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 113

S.I.I. - SANTIAGO SUR

RUT: 76259098-0

FECHA DE EMISIÓN : 03-10-2019

Señor(es): ANESTESIOLIGOS SANTA MARIA SPA

Vendedor: VENDEDOR GENERICO

Atención a: .

Telefono: 1

Forma de Pago: TRANSFERENCIA

Giro: SERVICIOS DE MEDICO EN FORMA INDEPENDIENTE

Condiciones de Pago: 30 DIAS

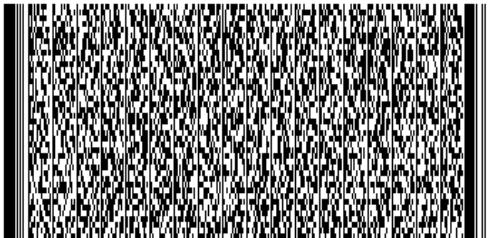
Dirección: SANTA MARIA 0576 - PROVIDENCIA - SANTIAGO

Fecha Vencimiento: 02-11-2019

Observaciones:

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUBTOTAL
10002	SERVICIOS DE SALUD Correspondiente Mes Septiembre 2019	1	UND	\$10.517.183	0%	\$10.517.183

DOCUMENTO REFERENCIA	FOLIO	FECHA	MOTIVO REFERENCIA	RAZÓN REFERENCIA



DTO. AFECTO	\$0
DTO. EXENTO	\$0
NETO AFECTO	\$0
NETO EXENTO	\$10.517.183
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
TOTAL	\$10.517.183

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

SON: DIEZ MILLONES QUINIENTOS DIECISIETE MIL CIENTO OCHENTA Y TRES 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 113

S.I.I. - SANTIAGO SUR

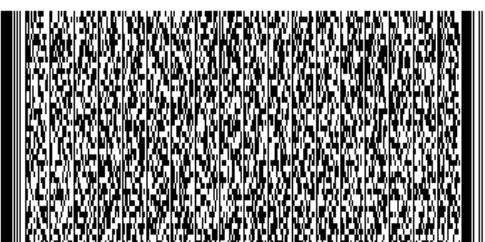
RUT: 76259098-0

FECHA DE EMISIÓN : 03-10-2019

Señor(es): ANESTESIOLIGOS SANTA MARIA SPA	Vendedor: VENDEDOR GENERICO
Atención a: .	Forma de Pago: TRANSFERENCIA
Giro: SERVICIOS DE MEDICO EN FORMA INDEPENDIENTE	Condiciones de Pago: 30 DIAS
Dirección: SANTA MARIA 0576 - PROVIDENCIA - SANTIAGO	Fecha Vencimiento: 02-11-2019
Observaciones:	

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUB-TOTAL
10002	SERVICIOS DE SALUD Correspondiente Mes Septiembre 2019	1	UND	\$10.517.183	0%	\$10.517.183

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	\$10.517.183
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
TOTAL	\$10.517.183

SON: DIEZ MILLONES QUINIENTOS DIECISIETE MIL CIENTO OCHENTA Y TRES PESOS