

**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 180

S.I.I. - SANTIAGO SUR

RUT: 77200240-8

FECHA DE EMISIÓN : 25-11-2024

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 NOVIEMBRE 2024

Telefono: 1

Vendedor: VENDEDOR GENERICO

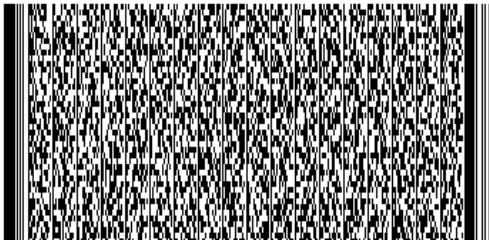
Forma de Pago: TRANSFERENCIA

Condiciones de Pago: 30 DIAS

Fecha Vencimiento: 25-12-2024

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUBTOTAL
10002	SERVICIOS DE SALUD	1	UND	\$11.559.600	0%	\$11.559.600

DOCUMENTO REFERENCIA	FOLIO	FECHA	MOTIVO REFERENCIA	RAZÓN REFERENCIA



DTO. AFECTO	\$0
DTO. EXENTO	\$0
NETO AFECTO	\$0
NETO EXENTO	\$11.559.600
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
TOTAL	\$11.559.600

**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 180

S.I.I. - SANTIAGO SUR

FECHA DE EMISIÓN : 25-11-2024

Señor(es): SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LIMITADA

Atención a: .

Telefono: 1

Vendedor: VENDEDOR GENERICO

Forma de Pago: TRANSFERENCIA

Condiciones de Pago: 30 DIAS

Fecha Vencimiento: 25-12-2024

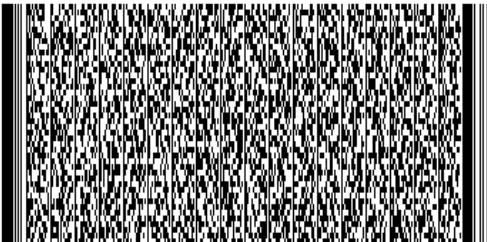
Giro: SERVICIOS DE MEDICO EN FORMA INDEPENDIENTE

Dirección: AV SANTA MARIA 0410 - PROVIDENCIA - SANTIAGO

Observaciones: CORRESPONDIENTE NOVIEMBRE 2024

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUB-TOTAL
10002	SERVICIOS DE SALUD	1	UND	\$11.559.600	0%	\$11.559.600

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	\$11.559.600
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
TOTAL	\$11.559.600

SON: ONCE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS