

**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 305**

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

**RUT: 77200240-8**

**FECHA DE EMISIÓN : 26-06-2025**

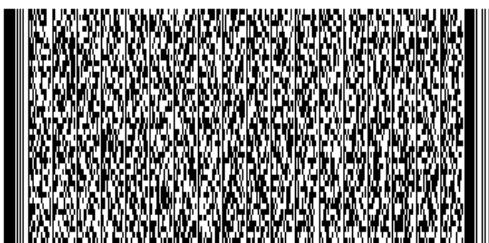
Señor(es): SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LIMITADA  
Atención a: .  
Giro: SERVICIOS DE MEDICO EN FORMA INDEPENDIENTE  
Dirección: AV SANTA MARIA 0410 - PROVIDENCIA - SANTIAGO  
Observaciones: CORRESPONDIENTE JUNIO 2025

Telefono: 1

Vendedor: VENDEDOR GENERICO  
Forma de Pago: TRANSFERENCIA  
Condiciones de Pago: 30 DIAS  
Fecha Vencimiento: 26-07-2025

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUBTOTAL
10002	SERVICIOS DE SALUD	1	UND	\$7.129.980	0%	\$7.129.980

DOCUMENTO REFERENCIA	FOLIO	FECHA	MOTIVO REFERENCIA	RAZÓN REFERENCIA



DTO. AFECTO	\$0
DTO. EXENTO	\$0
NETO AFECTO	\$0
NETO EXENTO	\$7.129.980
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
<b>TOTAL</b>	<b>\$7.129.980</b>

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

SON: SIETE MILLONES CIENTO VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS

CONTROLER GROUP | WWW.CONTROLER.CL

**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 305**

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

**RUT: 77200240-8**

**FECHA DE EMISIÓN : 26-06-2025**

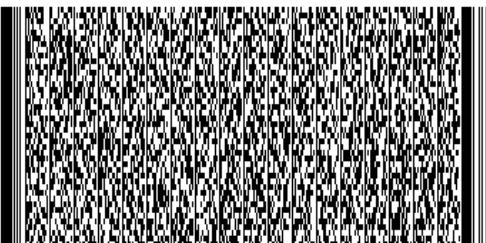
Señor(es): SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LIMITADA  
Atención a: .  
Giro: SERVICIOS DE MEDICO EN FORMA INDEPENDIEN  
Dirección: AV SANTA MARIA 0410 - PROVIDENCIA - SANTIAGO  
Observaciones: CORRESPONDIENTE JUNIO 2025

Telefono: 1

Vendedor: VENDEDOR GENERICO  
Forma de Pago: TRANSFERENCIA  
Condiciones de Pago: 30 DIAS  
Fecha Vencimiento: 26-07-2025

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUB-TOTAL
10002	SERVICIOS DE SALUD	1	UND	\$7.129.980	0%	\$7.129.980

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	\$7.129.980
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
<b>TOTAL</b>	<b>\$7.129.980</b>

**SON: SIETE MILLONES CIENTO VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS**