



**QUIMICO FARMACEUTICO HECTOR ANDRES  
MORAN MORAN E.I.R.L.**

OTROS SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA  
PRESTADOS POR EMPRESAS  
ANTONIO VARAS 303, OFICINA 603-604.  
COMUNA: PROVIDENCIA - CIUDAD: SANTIAGO  
232451701  
FACTURACION@ANDRESMORAN.CL  
WWW.DEPROBETA.CL

**R.U.T.: 76.341.784-0**

**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRÓNICA**

**Nº 2623**

**S.I.I. - Providencia**

**RUT: 77344035-2**

**FECHA DE EMISIÓN : 29-11-2021**

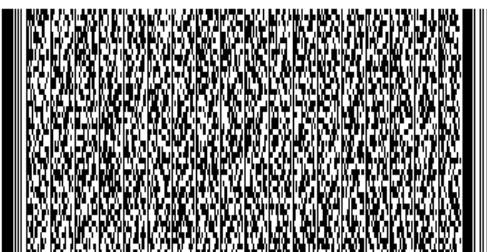
Señor(es): PRFARMA LIMITADA	Vendedor: HECTOR ANDRES MORAN
Atención a: SUSANA PAOLA PAZMIÑO GORDILLO	Forma de Pago: TRANSFERENCIA
Giro: OTRAS ACTIVIDADES DE VENTA AL POR MENOR	Condiciones de Pago: CONTADO
Dirección: AV. COLON NORTE 550 - SAN BERNARDO - MAIPO	Fecha Vencimiento: 29-11-2021
Observaciones:	

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUBTOTAL
10001	Autorización de Farmacia Ref; Prestación de antecedentes y Autorización de Farmacia.	1	UND	\$400.000	0%	\$400.000



**DEPROBETA**  
GROUP

DOCUMENTO REFERENCIA	FOLIO	FECHA	MOTIVO REFERENCIA	RAZÓN REFERENCIA



DTO. AFECTO	\$0
DTO. EXENTO	\$0
NETO AFECTO	\$0
NETO EXENTO	\$400.000
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
<b>TOTAL</b>	<b>\$400.000</b>

TIMBRE ELECTRÓNICO SII  
RESOLUCIÓN N°80 DEL 2014-08-22  
VERIFIQUE DOCUMENTO EN [WWW.SII.CL](http://WWW.SII.CL)

**SON: CUATROCIENTOS MIL PESOS**

CONTROLER GROUP | [WWW.CONTROLER.CL](http://WWW.CONTROLER.CL)



**QUIMICO FARMACEUTICO HECTOR ANDRES  
MORAN MORAN E.I.R.L.**

OTROS SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA  
PRESTADOS POR EMPRESAS  
ANTONIO VARAS 303, OFICINA 603-604.  
COMUNA: PROVIDENCIA - CIUDAD: SANTIAGO  
232451701  
FACTURACION@ANDRESMORAN.CL  
WWW.DEPROBETA.CL

**R.U.T.: 76.341.784-0**

**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRÓNICA**

**Nº 2623**

**S.I.I. - Providencia**

**RUT: 77344035-2**

**FECHA DE EMISIÓN : 29-11-2021**

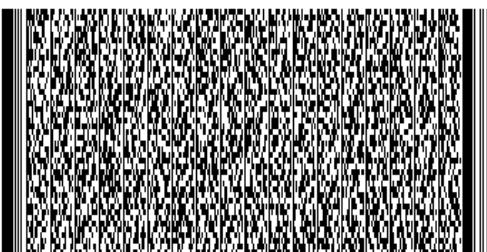
Señor(es): PRFARMA LIMITADA	Vendedor: HECTOR ANDRES MORAN
Atención a: SUSANA PAOLA PAZMIÑO GORDILLO	Forma de Pago: TRANSFERENCIA
Giro: OTRAS ACTIVIDADES DE VENTA AL POR MENOR	Condiciones de Pago: CONTADO
Dirección: AV. COLON NORTE 550 - SAN BERNARDO - MAIPO	Fecha Vencimiento: 29-11-2021
Observaciones:	

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	UND	UNITARIO	DESCUENTO	SUB-TOTAL
10001	Autorización de Farmacia Ref; Prestación de antecedentes y Autorización de Farmacia.	1	UND	\$400.000	0%	\$400.000



**DEPROBETA**  
GROUP

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	\$400.000
IVA %	\$0
OTROS IMPUESTOS	\$0
<b>TOTAL</b>	<b>\$400.000</b>

**SON: CUATROCIENTOS MIL PESOS**