

# COMPROBANTE DE EGRESO GASTOS MENORES

ITEM : 2212002

Nº BOLETA: 666229

VALOR \$ 23.788

FECHA EGRESO: jueves, 12 de abril de 2018

Nº 13

FIRMA JEFE ABASTECIMIENTO

JEFE CONTABILIDAD



Recibi de la caja de Gastos menores del Hospital Santa Bárbara

LA SUMA DE \$ 23.788 Veintitres mil setecientos ochent.

DETALLE DEL GASTO Compra 1 Tapa Frasco vaso bomba Servicio Intrahospitalario según HSAB13505  
Enfermera Sra. Paulina Fuentes Purran

  
15811543-3  
Vº Bº ENCARGADO FONDO

FIRMA SOLICITANTE

RUT:

**ANEXO RESPALDO BOLETAS Y/O COMPROBANTES**



www.dipromed.cl

DIPROMED S A
IMPORTADORA Y DISTRIBUIDORA
DE PRODUCTOS MEDICOS
CASA MATRIZ
Palacio Riesco N° 4331
HUECHURABA
Mesa Central: 22473 1300
Fax: 22473 1399

R.U.T.: 86.397.000-8

FACTURA
ELECTRONICA
No. 666229

SUCURSAL

Av. Manquehue Norte 1435 Local 1, Vitacura Tel 22473 1380
Av. Matta 649, Santiago Sur Tel 22473 1390
Av. Providencia 2533, Providencia Tel 22473 1383
Huérfanos 801 Local 10, Santiago Centro Tel 22473 1384
Pedro de Valdivia 3357, Ñuñoa Tel 22473 1385

SANTIAGO - CHILE

S.I.I. - SANTIAGO NORTE

E-mail: informaciones@dipromed.cl - www.dipromed.cl

Table with columns: SEÑOR(es), DIRECCIÓN, COMUNA, REPRESENTANTE, TRANSPORTE, REFERENCIA, TIPO TRASLADO, CONDUCTOR, RUT, FONO, FECHA, HORA, GIRO, REGION, DIRECCIÓN DESPACHO, CONDICIONES DE VENTA, PATENTE, RUT.

Table with columns: CODIGO PRODUCTO, DESCRIPCIÓN, U.M, CANTIDAD, VALOR UNITARIO, DESCTO, TOTAL. Row: JQ00200460, TAPA FRASCO COMPLETO C/EMPAQUETADURA THOMAS, UN, 1, 19,990.00, 19.990



Handwritten signature and 'X 1' mark

Observación : Picking Nro : 212125

Handwritten '1 kg' note

Table for 'Persona que recibe' with columns: NOMBRE, RUT, LUGAR RECEPCIÓN, FECHA

Summary table: SUB-TOTAL NETO \$ 19.990, % DESCTO. GENERAL \$, DESPACHO \$ 0, SUBTOTAL \$ 19.990, I.V.A. \$ 3.798, TOTAL \$ 23.788

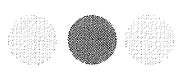
FIRMA

\*El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art.4 y letra c9 del Art.5° de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s) en total conformidad\*

\*EL PAGO DE ESTA FACTURA DEBERÁ EFECTUARSE A SU VENCIMIENTO SON LOS SIGUIENTES MEDIOS DE PAGO: CHEQUE NOMINATIVO Y CRUZADO A NOMBRE DE DIPROMED S.A. TRANSFERENCIA ELECTRONICA TARJETAS BANCARIAS O EFECTIVO

\*NO ACEPTAMOS RECLAMO ALGUNO POR ROBO, MÉRMAS O QUEBRAZÓN, CESANDO NUESTRA RESPONSABILIDAD UNA VEZ SALIDOS LOS PRODUCTOS DE NUESTRAS BODEGAS

\*LOS CAMBIOS SOLO SE REALIZARAN CON DOCUMENTOS ORIGINALES DENTRO DE LOS 30 DIAS CORRIDOS SIGUIENTES DE HABERSE EFECTUADO LA COMPRA (Los Productos deben estar SIN USO, Completo y en su envase original.)



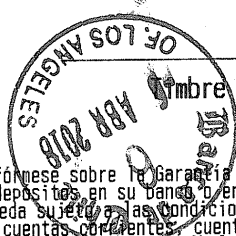
# ANEXO RESPALDO BOLETAS Y/O COMPROBANTES

## Banco de Chile

### COMPROBANTE DE LA OPERACIÓN

Fecha-Hora : 06/04/2018 - 12:28:22  
Sucursal : 230 - LOS ANGELES  
Cajero : sXXda1

Transacción : Depósito  
Número Formulario: 4008272  
Tipo de Depósito : Efectivo  
Número de Cuenta : 003011018009  
Nombre Titular : DIPROMED S.A.  
Moneda : Pesos  
Monto : \$ 23.788  
Número de Cheques:



Nombre Caja

Infórmese sobre la Garantía  
estatal de los depósitos en su banco o en [www.sbif.cl](http://www.sbif.cl)  
Este depósito queda sujeta a las condiciones generales  
que rigen las cuentas corrientes, cuentas vista y  
de ahorro del Banco de Chile  
Nota: los depósitos distintos de efectivo que se  
hagan tendrán carácter de condicionales y no  
constituirán fondos disponibles sino una vez  
cobrados y percibidos los valores por el Banco