



GUÍA DE RECEPCIÓN CONFORME

1. IDENTIFICACIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO ADQUIRIDO (Completar por la Unidad Requierente)

NÚMERO DE LA ORDEN DE COMPRA
ÍTEM PRESUPUESTARIO
PROGRAMA
NÚMERO CERTIFICADO DE PRESUPUESTO
DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO
FECHA DE RECEPCIÓN CONFORME
PERIODO, HITO O CUOTA DEL SERVICIO CONTRATADO

| |
|-------------------------|
| MEDICAMENTOS EN GENERAL |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

2. IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR (Completar por la Unidad Requierente)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
ROL ÚNICO TRIBUTARIO (RUT)

| |
|----|
| 0- |
|----|

3. RECEPCIÓN CONFORME (Completar por la Unidad Requierente)

NOMBRE
CARGO
UNIDAD O DEPARTAMENTO

| | |
|--|----------------|
| | FIRMA Y TIMBRE |
| | |
| | |

4. DETALLE DEL PAGO (Completar por Sección Seguimiento y Control - Departamento de Recursos Financieros)

| # | DETALLE DEL PAGO | MONTO A CANCELAR |
|---|---|---|
| | <p>FIRMA Y TIMBRE SECCIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL</p> | <p>TOTAL NETO IMPUESTOS TOTAL A PAGAR</p> |