



GUÍA DE RECEPCIÓN CONFORME

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

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 Requirente)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
ROL ÚNICO TRIBUTARIO (RUT)

0-

3. RECEPCIÓN CONFORME (Completar por la Unidad Requirente)

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
---	------------------	------------------

FIRMA Y TIMBRE SECCIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL	TOTAL NETO	
	IMPUESTOS	
	TOTAL A PAGAR	