



|  |   |                   |                |                      |
|--|---|-------------------|----------------|----------------------|
|   | <b>CERTIFICADO DE SATISFACCIÓN POR SERVICIOS ENTREGADOS</b>           |                   |                |                      |
|  | <b>MARCADO DE INSTRUMENTAL, EQUIPOS MÉDICOS CON TECNOLOGÍA LÁSER.</b> |                   | <b>Día</b>     | <b>Mes</b>           |
| <b>SERVICIOS DE INGENIERÍA CON MENCIÓN EN INFORMÁTICA.</b>   |   | 26                | 3              | 18                   |
| Nombre o razón social del cliente:   | HOSP. CLÍN. SAN BORJA ARRIARÁN  | Rut del cliente:  | 61.608.604-9   |                      |
| Ubicación física de recepción  |   | Fecha de recibido | Hora de recibo | Teléfono del cliente |
| Dependencias del cliente.  |   | 26/03/2018        | 10 AM          | 225748960            |
| <p>Recibí a satisfacción los bienes y/o servicios relacionados en el marcado con tecnología láser en instrumental quirúrgico; Equipos médicos en todas sus áreas y/o servicios de ingeniería con mención en informática, del proveedor: <b>BDLASER CHILE SPA.</b></p> <p>Rut: <b>76.658.506-k</b></p> <p>Atentamente:</p> <p>Interventor o beneficiario:</p> <p>Nombre: <u>Jefe de Equipos Médicos</u><br/><u>RODRIGO VERA GALLARDO</u><br/>RUT: 17.558.637-7</p> <p>Cargo: <u>Hosp. Clínico San Borja Arriarán</u></p> <p>Firma y timbre.</p> |   |                   |                |                      |