

PERU S.A.C.  
 Paseo de la República 3755 - San Isidro - Lima  
 Teléfono al cliente: 411 - 8888 / Fax: 442 - 9070  
 Páginas Amarillas.pe  
 contacto@yell.pe

**I. PARA USO INTERNO DE YELL PERU**

PAGINA 2 de

**CONTRATO**

TIPO DE GESTION:  VENTA  MODIFICACION

Nº 2055641

Fecha de Venta: 27 10 2010

Código Grupo: CEIN Jefe de Venta: B. Juoda

Código Asesor: Nombre Asesor:

Mó Ficha de Cliente: 5074428 Dpto. de Autorización: Lima

Revisor 1: Revisor 2: Revisor 3:

**III. DATOS DEL CLIENTE O CONTRATANTE (NIT se usará para factura)**

N.I.T.: 20 121200753 9

Razón Social/Nombre (correspondiente al NIT)

Nombre Comercial: CUC Comercial (uso interno de Yell) 60371

Dirección de Contratación:

Tipo Vía: Nombre vía: ANDRES SANTIAGO VIGIL 535 N.º Pla. Tipo Int. N.º

Tipo Cjto: Nombre Cjto. Mza. Block. Lo

Localidad: Dpto. Provincia

Cod. Postal: Distrito: BELLAVISTA

Referencia:

Item	Sigla	Item/Comb.	Guía	Edición	Rubro	Texto de Referencia/Cantidad	Dpto. Public.	Localidad	Valor	Causal	D.S.C.	Valor Neto
		Plano Online			701	clínicas y hospitales	Lima	Lima	7720			
		ANUPS online			701	INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	Lima	Lima	365			
		VIDOLM online			701	DRA. ADRIANA REBOZA	Umg.	Umg.	1350			

El presente documento es copia fiel del original que he tenido a la vista.

*[Firma]*  
 GLADIS PAULINA CHUMBITAZ DE LEVANO  
 Redactora  
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION  
 "Dra. Adriana Reboza Flores"  
 Fecha: 27/10/10 N.º Reg. 2730

29 OCT 2010

ADO

**IV. FACTURACION**

Contado (\*) Fecha de pago contado: 30 10 2010

Crédito: cuota inicial (\*) % Fecha de pago c.inicial: Día Mes Año

Nota: El crédito está sujeto a aprobación expresa de Yell.

Saldo de Crédito en (\*\*): cuotas facturables desde: Mes Año

Tipo de comprobante:  FACTURA (Indicar NIT en datos del solicitante)  BOLETA

**V. FORMA DE PAGO**

(\*) Pago Contado o Cuota Inicial del Crédito en Caja Yell (también se aceptan tarjetas de crédito)  Tarjeta de Crédito: VISA

(\*\*) El pago del Saldo del Crédito será efectuado vía:  Tarjeta de Ahorro:  Recibo Telefónico  Otro (\*\*):  Cargo en Cta. Cte.

Teléfono de cobro: (\*) Sujeta a aprobación expresa de Yell. Llenar obligatoriamente formato "Autorización de Cargo" adjunta.

Localidad: Dpto.

**VI. DIRECCION DE ENVIO DE COMPROBANTES DE PAGO:** Para pago por recibo telefónico, a la dirección de teléfono de cobro; para otras formas de pago, a la dirección de contratación. En caso prefiera otra dirección agradeceremos indicarlo a continuación

Tipo Vía: Nombre Vía: N.º Pla. Tipo Int. N.º

Tipo Cjto: Nombre Cjto. Mza. Block. Lo

Localidad: Dpto. Provincia

Cod. Postal: Distrito: Provincia:

Referencia:

A la atención de:

**VII. REPRESENTANTE FACULTADO POR EL CLIENTE O CONTRATANTE:** MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "Dra. Adriana Reboza Flores"

Paterno: C.P.C. RICARDO ANTONIO BEGAZ Director Ejecutivo OFICINA EJECUTIVA DE

Materno:  El arriba firmante es el representante legal facultado del cliente

Nombres: X

Cargo:

E-mail autorizado por el firmante (\*): Tipo de D.I. => DNI CE CI Pasapo N.º D.I. =>

Reservaciones: ONLINE

Firma de los que autorizan observ. (\*):

Total Bruto: 4425

Saldo: 3766

D.S.F.: 025

Total Neto No incl. I.G.V.: 3551

Nuevos Soles + I.G.V.

En caso de Colegio Médico es obligatorio el firmante



PERÚ S.A.C.  
 Teléfono de la República 3755 - San Isidro - Lima  
 al cliente 411-8888 / fax: 442-9070  
 Agencias Amarillas.pe  
 contacto@yell.pe

I. PARA USO INTERNO DE YELL PERU		TIPO DE GESTIÓN:		PAGINA: de			
<h1>CONTRATO</h1>		<input type="checkbox"/> VENTA	Nro. Ficha de Cliente		Dpto. de Autorización:		
		<input type="checkbox"/> MODIFICACION					
<h2>N° 2055653</h2>		Fecha de Venta:		Revisor 1		Revisor 2	
		26 / 10 / 2010					
Código Grupo:	Jefe de Venta:			Revisor 1			
Código Asesor:	Nombre Asesor:						



III. DATOS DEL CLIENTE O CONTRATANTE (NIT se usará para factura)		
NIT:		
Razón Social/Nombre (correspondiente al NIT)		
Nombre Comercial	CUC Comercial (uso interno)	
Dirección de Contratación:		
Tipo Vía	Nombre Vía	N° Pta. Tipo I
Tipo Cpto.	Nombre Cpto.	Mza. Bloq.
Localidad	Dpto.	
Cod. Postal	Distrito	Provincia
Referencia:		

N°	Item Comb.	Unid.	Guía	Edición	Subro.	Texto de Referencia	Cantidad	Dpto. Public.	Localidad	Valor	Causal	D.S.C.	Valor Neto
40	40R	200				Almuerzo y Ref. 100	200	LIMA	LIMA	18.765			1274

El presente documento es copia del original que he tenido a la vista.

*[Firma]*  
**GLADIS PAULINA CHUMBITAZ DE LEVANO**  
 Fedataria  
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION  
 "Dra. Adriana Rebeza Flores"  
 Fecha: 28/10/10 N° Reg: 1731

IV. FACTURACION	
<input checked="" type="checkbox"/> Contado (*)	Fecha de pago contado: Dia Mes Año
<input type="checkbox"/> Crédito: cuota inicial (*)	% Fecha de pago c.inicial: Dia Mes Año
Nota: El crédito está sujeta a aprobación expresa de Yell.	
Saldo de Crédito en (**)	cuotas facturables desde: Mes Año
Tipo de comprobante: <input type="checkbox"/> FACTURA (Indicar NIT en datos del solicitante)	<input type="checkbox"/> BOLETA

V. FORMA DE PAGO	
(*) Pago Contado o Cuota Inicial del Crédito: en Caja Yell	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito: 
(**) El pago del Saldo del Crédito será efectuado vía:	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Ahorro: 
<input type="checkbox"/> Recibo Telefónico	<input type="checkbox"/> Otro (***) <input type="checkbox"/> Cargo en Cta. Cte.:
Teléfono de cobro	(***) Sujeta a aprobación expresa de Yell. Llenar obligatoriamente formato "Autorización de Cargo" adjunta.

VI. DIRECCION DE ENVIO DE COMPROBANTES DE PAGO: Para pago por recibo telefónico, a la dirección teléfono de cobro; para otras formas de pago, a la dirección de contratación. En caso prefiera otra dirección agradeceremos indicarlo a continuación		
Tipo Vía	Nombre Vía	N° Pta. Tipo II
Tipo Cpto.	Nombre Cpto.	Mza. Block
Localidad	Dpto.	
Cod. Postal	Distrito	Provincia
Referencia:		
A la atención de:		

VII. REPRESENTANTE FACULTADO POR EL CLIENTE O CONTRATANTE:	
Paterno:	MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "Dra. Adriana Rebeza Flores" El arriba firmante es el representante legal de: C.P.U. RICARDO ANTONIO BEGAZO CORNEJO Director Ejecutivo OFICINA EJECUTIVA DE ADMINISTRACION N° D.I. => 1731
Materno:	
Nombre:	
Cargo:	
E-mail autorizado por el firmante (*):	

Firme de los que autorizan observ. (*):	Total Bruto
	Saldo
	D.S.F.
	Total Neto No incl. I.G.V. $\rightarrow$
	Nuevos Soles + I.G.V.

