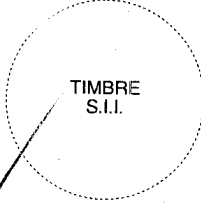


68592

79085 3353

MOVIDIAL S.A.  
SERVICIOS DE MEDICOS EN FORMA INDEPENDIENTE

Antonio Varas N° 2615  
Fono: (56-2) 2274 7450  
Fax: (56-2) 2274 4941  
Ñuñoa - Santiago



**R.U.T.: 76.044.293-3**  
**FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.**  
**Nº 000489**  
489

S.I.I. - UNIDAD ÑUÑOA

**Nombre:** HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO  
**Dirección:** AV ALCALDE FERNANDO CASTILLO VELAS  
**Número:** 9100 Dept-O  
**Comuna:** La Reina  
**Ciudad:** Santiago  
**Telefono:** 3653028

**Fecha:** 19/08/2015  
**R.U.T.:** 61.101.030-3  
**Giro:** HOSPITALES Y CLINIC  
**Condición de Venta:** 30 días  
**Orden de Compra N°:**  
**Nota de Venta N°:** 0  
**Vendedor:**

Cant.	U. Med.	Cód.Prod.	Descripción	P.Unit \$	Total Exento
18	UN	5050000003	Procedimiento de Terapia Continua Horario Habil	25,000	450,000
25	UN	5050000003	Procedimiento de Terapia Continua Horario Inhabil	31,250	781,250
			<b>Paciente:</b> Maria Argote Cuadra		
			<b>Rut:</b> 4.812.856-4		
			<b>Mes:</b> Junio 2015		

FACTURA DE SERVICIOS  
10990  
FECHA: 04 - 10 - 15

**PAGADO**  
CHEQUE N. TP-7038636  
FECHA: .....

**LUGAR DE DESPACHO**  
**DIRECCION**  
**COMUNA**  
**N° de Guía:**  
**Fecha Guía:**

Nombre \_\_\_\_\_  
R.U.T. \_\_\_\_\_  
Recinto \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

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

**Total Exento** 1,231,250

**FORMA DE PAGO: EFECTIVO**