

68578
**SERVICIO DE SALUD OCCIDENTE
 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

GIRO - HOSPITAL
 HUERFANOS 3255 - SANTIAGO
 FONO: 2568 1981

NC 3406
 CC 53110
 S-19717
R.U.T.: 61.608.204 - 3
**FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
 NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.**
N° 018431


PAGO 45 DIAS

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

Santiago, 17 de AGOSTO de 2015
 Señor(es): HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO Giro: HOSPITAL
 Dirección: AVENIDA ALCALDE FERNANDO CASTILLO 9100 Teléfono: 3316000
 Ciudad: LA REINA R.U.T.: 61.101.030-3 Condiciones de Pago: CONTADO

Por lo siguiente:

a: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

DETALLE			TOTAL \$
EXÁMENES REALIZADOS DURANTE EL MES DE JULIO 2015			
	Nº EXÁMENES	PRECIO UNIT.	
TSH NN	44	\$3,490	153,560
PKU NN	43	\$1,670	71,810
07-02-003-004 EXÁMENES			225,370 ✓
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> RECEPCION 11 08 2015 ADQUISICIONES </div> <p style="margin-left: 20px;">SON : DOSCIENTOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS.</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block; text-align: center;"> HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CDT JEFE SECCION GESTION FINANCIERA Y CONTABLE  DANIELA VILLA OBOS CACERES Jefe Centro de Costos Administración y Finanzas </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> FACTURA DEVENGADA GUIAN° <u>11542</u> FECHA: <u>08/10/2015</u> </div>			

W y P Impresores R.U.T. 11 297 950 - 6. Hoewel 4444 Quinta Normal Fono 455 1113

NOTA: EXENTA de Impuesto Renta, según Art. 40 N° D.L. 824.
 EXENTA de Impuesto de las Ventas y Servicios, según Art. 13 N° 5 DL 825

Nombre: _____ R.U.T.: _____
 Domicilio: _____ Fecha: _____ Firma: _____
 "El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4° y la letra c) del Art. 5° de la Ley 19.983 acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)."

ORIGINAL: CLIENTE