

68824

PAGO 45 DIAS

5-19927

# SERVICIO DE SALUD OCCIDENTE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

GIRO - HOSPITAL  
HUERFANOS 3255 - SANTIAGO  
FONO: 2568 1981

R.U.T.: 61.608.204 - 3  
FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS  
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.  
N° 018505

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

Santiago, 9 de OCTUBRE de 2015

Señor(es): HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO Giro: HOSPITAL

Dirección: AVENIDA ALCALDE FERNANDO CASTILLO 9100 Telé: 2995000

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 \$
<b>EXÁMENES REALIZADOS DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE 2015</b>			
	N° EXÁMENES	PRECIO UNIT.	
TSH NN	32	\$3,490	111,680
PKU NN	31	\$1,670	51,770
<b>07-02-003-004 EXÁMENES</b>			<b>163,450</b> ✓
<b>SON : CIENTO SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS.-</b> ✓			
 <b>DANIELA VILLALOBOS ZACERES</b> Jefe Centro de Costos Administración y Finanzas			13627 29/11/2015

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