

SERVICIO DE SALUD OCCIDENTE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
 GIRO - HOSPITAL
 HUERFANOS 3255 - SANTIAGO
 FONDO: 2568 1981

3406

5-70213

R.U.T.: 61.608.204 - 3
FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.
Nº 018673

PAGO 45 DIAS

S.I.I. SANTIAGO CENTRO

Santiago, 10 de NOVIEMBRE de 2015

3406
50 MO

Señor(es): HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO

Giro: HOSPITAL

Dirección: AVENIDA ALCALDE FERNANDO CASTILLO 9100

Teléfono: 8216000

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 NOVIEMBRE 2015			
	Nº EXÁMENES	PRECIO UNIT.	
TSH NN	36	\$3,490	125,640
PKU NN	36	\$1,670	60,120
07-02-003-004 EXÁMENES			185,760
<p>RECEPCION</p> <p>21 DIC 2015</p> <p>MONEDAS</p> <p>SON: CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS.</p> <p>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CDT</p> <p>JEFE SECCION GESTION FINANCIERA Y CONTABLE</p> <p>DANIELA MILALOBOS CACERES</p> <p>MARIA JACQUELINE BARRIENTOS ROJAS</p> <p>SECCION REVISION Y ANALISIS</p> <p>177509</p> <p>29/10/2016</p>			

W y P Impresores R.U.T. 11 297 950 - 6 Hiverol 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