

SERVICIO SALUD METROPOLITANO NORTE  
 HOSPITAL SAN JOSE  
 HOSPITAL  
 SAN JOSE N° 1196 - FONOS : 25680507  
 INDEPENDENCIA  
 SANTIAGO

S 2015-15

R.U.T.: 61.608.002 - 4  
 FACTURA DE VENTA Y SERVICIOS  
 NO AFECTOS O EXENTOS DE IVA  
 N° 0018272

PAGO 45 DIAS

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

28 de Noviembre 2015  
 de 61.101.030 - 3

Señor(es): **HOSPITAL MILITAR**  
 Dirección: **AV. ALCALDE FERNANDO CASTILLO VELASCO 9100**  
 Atención Prestada a: **RENE PIÑA PIÑA Y JOSE LUIS CONCHA**

R.U.T.: **LA REINA 3406**  
 Comuna: **79085**  
 Teléfono:

Giro: Guía de Despacho N° Condiciones de Venta:

Por lo siguiente: a: **HOSPITAL SAN JOSE**

CANTIDAD	DESCRIPCION	P. UNITARIO	TOTAL
1	OTROS INGRESOS PROPIOS	2.263.520	2.263.520
<p>RECEPCION 18 DIC 2015</p> <p>177P3 29/01/2016</p> <p>   <b>Ing. Rosabet Ramirez Matamala</b>  <b>Jefe Contabilidad</b> </p> <p><b>DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS.</b></p> <p>MARIA JACQUELINE BARRIENTOS ROJAS            SECCION REVISION Y ANALISIS</p> <p>EMITIR CHEQUE NOMINATIVO Y CRUZADO            A HOSPITAL SAN JOSE</p>		<p><b>SUB TOTAL</b> 2.263.520</p> <p><b>I.V.A</b> 0</p> <p><b>TOTAL</b> 2.263.520</p>	

CANCELADO

Nombre: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_  
 Recinto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Santiago, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

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 mercadería o servicio (s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).