

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

GIRO - HOSPITAL  
HUERFANOS 3255 - SANTIAGO  
FONO: 2568 1981

**PAGO 45 DIAS**

20439

**R.U.T.: 61.608.204 - 3**  
**FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS  
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.**  
**Nº 018797**

Santiago, 4 de FEBRERO de 2016  
S.I.I. - SANTIAGO CENTRO  
53122 3406  
Señor(es): HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO Giro: HOSPITAL  
Dirección: AVENIDA ALCALDE FERNANDO CASTILLO 9100 Teléfono: 3315000  
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 ENERO 2016</b>		
	<b>Nº EXÁMENES    PRECIO UNIT.</b>	
TSH NN	30            \$3,490	104,700
PKU NN	30            \$1,670	50,100
<b>07-02-003-004 EXÁMENES</b>	<b>166 PERSONAS</b>	<b>154,800</b>
<p style="text-align: center;">SON : CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS</p> <p style="text-align: center;">HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CDT DIRECCION GESTION FINANCIERA Y CONTABLE</p> <p style="text-align: center;"><b>DANIELA VILLALOBOS CACERES</b> Jefe Centro de Costos Administración y Finanzas</p>		<p style="text-align: center;"><b>PATRICIA MARIN ORELLANA</b> Set de Pago Adquisiciones Hospital Militar de Santiago</p>
<p>NOTA: EXENTA de Impuesto Renta, según Art. 49 N° D.L. 824 EXENTA de Impuesto de las Ventas y Servicios, según Art. 13 N° 5 DL 825</p>		<p>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)".</p>

W y P Impresores R.U.T.: 11.297.950 - 6 Hovevel 4444 Quinta Normal Fono: 455 1113

**ORIGINAL: CLIENTE**