

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

GIRO - HOSPITAL  
HUERFANOS 3255 - SANTIAGO  
FONO: 2568 1981

53110. 3406.

**R.U.T.: 61.608.204 - 3**  
**FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS  
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.**  
**Nº 018721**

**PAGO 45 DÍAS**

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

Santiago, 13 de ENERO de 2016

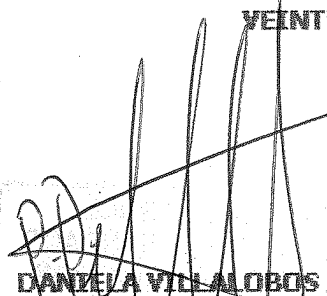
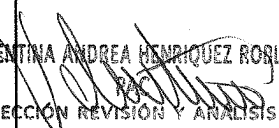
**3277015**

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

Dirección: AVENIDA ALCALDE FERNANDO CASTILLO 9100 Teléfono: 2216000

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 DICIEMBRE 2015</b>									
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     GUIA Nº <u>6398</u> </div>									
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">TSH NN</td> <td style="text-align: center;">37</td> <td style="text-align: right;">\$3,490</td> <td style="text-align: right;">129,130</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">PKU NN</td> <td style="text-align: center;">37</td> <td style="text-align: right;">\$1,670</td> <td style="text-align: right;">61,790</td> </tr> </table>	TSH NN	37	\$3,490	129,130	PKU NN	37	\$1,670	61,790	
TSH NN	37	\$3,490	129,130						
PKU NN	37	\$1,670	61,790						
<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">CHA: <u>01.03.14</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	CHA: <u>01.03.14</u>								
CHA: <u>01.03.14</u>									
<b>07-02-003-004 EXÁMENES</b>	<b>190,920</b>								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px;"> <b>RECEPCION</b>  <b>29 ENE 2016</b>  <b>ADQUISICIONES</b> </div>									
<b>SON : CIENTO NOVENTA MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS.-</b>									
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> <b>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CDT</b>  <b>JEFE SECCION GESTION FINANCIERA Y CONTABLE</b> </div>									
 <b>DANIELA VILLALOBOS CACERES</b> Jefe Centro de Costos Administración y Finanzas	 <b>VALENTINA ANDREA HENRÍQUEZ ROSALES</b> SECCION REVISION Y ANALISIS								

W y P Impresores R.U.T.: 11.297.950 - 6 Hcevel 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**