

Nº 3406 cc 53110

S.20687

# 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.**  
**Nº 018857**  
465

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

## PAGO 45 DÍAS

Santiago de ABRIL de 2016

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

Dirección: AVENIDA ALCALDE FERNANDO CASTILLO 9100 Teléfono: 3215000

Ciudad: LA REINA R.U.T.: 61.608.204-3 Condiciones de Pago: CONTADO

Por lo siguiente: a: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

DETALLE			TOTAL \$
<b>EXÁMENES REALIZADOS DURANTE EL MES DE MARZO 2016</b>			
	<b>Nº EXÁMENES</b>	<b>PRECIO UNIT.</b>	
TSH NN	37	\$3,490	129,130
PKU NN	37	\$1,670	61,790
07-02-003-004 EXÁMENES			<u>190,920</u>

RECEPCION  
19 ABR 2016

ADQUISICION SON : CIENTO NOVENTA MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS.-

MARIA JACQUELINE BARRIENTOS ROJAS  
SECCION REVISION Y ANALISIS

DANIELA WILLYA OBOS CACERES  
Jefe Centro de Costos  
Administración y Finanzas

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS  
JEFE SECCION GESTION  
FINANCIERA Y CONTABLE

**FACTURA DEVENGADA**  
GUÍA Nº 6808  
FECHA VENCIMIENTO: 22/05/2016

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