

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

GIRO - HOSPITAL
HUERFANOS 3255 - SANTIAGO
FONO: 2568 1981

PAGO 45 DIAS

5.20578 - 2253110
NC 3406

R.U.T.: 61.608.204 - 3
**FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.**
Nº 018841

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO
3284796

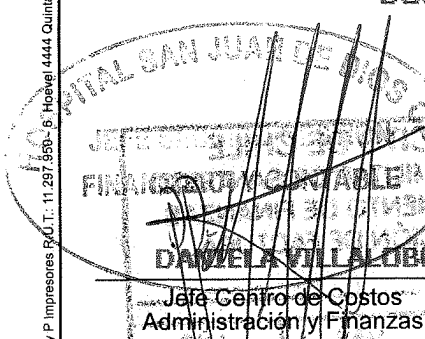
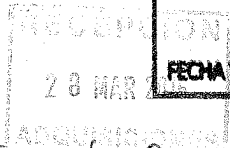
Santiago 15 de MARZO de 2016

Señor(es) HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO Giro HOSPITAL

Dirección AVENIDA ALCALDE FERNANDO CASTILLO 9100 Teléfono 2215000

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 \$
			3284796
EXÁMENES REALIZADOS DURANTE EL MES DE FEBRERO 2016			
	Nº EXÁMENES	PRECIO UNIT.	
TSH NN	45	\$3,490	157,050
PKU NN	45	\$1,670	75,150
07-02-003-004 EXÁMENES			232,200
SON : DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS PESOS.-			
 DANIELA VILLALOBOS CACERES Jefa Centro de Costos Administración y Finanzas			 MARIA JACQUELINE BARRIENTOS ROJAS SECCION REVISION Y ANALISIS
			FACTURA DEVENGADA GUÍA Nº <u>6807</u> FECHA VENCIMIENTO: <u>02/05/2016</u>
NOTA: EXENTA de Impuesto Renta, según Art. 40 Nº D.L. 824 EXENTA de Impuesto de las Ventas y Servicios, según Art. 13 Nº 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)".

W y P Impresores R.U.T.: 11.297.850-6 Hoewel 4444 Quinta Normal Fono: 455 1113

ORIGINAL: CLIENTE