

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

GIRO - HOSPITAL
HUERFANOS 3255 - SANTIAGO
FONO: 2568 1981

3406 53110

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

Nº 019022

PAGO 45 DIAS

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

Santiago, 5 de JUNIO 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 \$
EXÁMENES REALIZADOS DURANTE EL MES DE MAYO 2016		
	NO EXÁMENES PRECIO UNIT.	
TSH NN	FACTURA DEVENGADA \$3,620	119,460
PKU NN	32 \$1,780	55,350
07-02-003-004 EXÁMENES GUÍA Nº <u>8249</u>	FECHA VENCIMIENTO: <u>29-07-16</u>	174,810
<p>RECEPCION 21 JUN 2016 ADQUISICIONES</p> <p>SDM : CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS.-</p> <p>DANIELA ALVARADO CACERES Jefe Centro de Costos Administración y Finanzas</p>		<p>VALENTINA ANDREA HENRIQUEZ ROCLES PAC SECCION REVISION Y ANALISIS</p>
<p>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS C.U.T. JEFE SECCION GESTION FINANCIERA Y CONTABLE</p>		
<p>NOTA: EXENTA de Impuesto Renta, según Art. 40 N° D.L. 824 EXENTA de Impuesto de las Ventas y Servicios, según Art. 33 N° 5 DL 825</p>		<p>R.U.T.: _____ Nombre: _____ Domicilio: _____ Fecha: _____ Firma: _____</p> <p>"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 Hoveval 4444 Quinta Normal Fono: 455 1113

ORIGINAL: CLIENTE