

Resoluc
SERVICIO DE SALUD OCCIDENTE
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

GIRO - HOSPITAL
 HUERFANOS 3255 - SANTIAGO
 FONO: 2568 1981

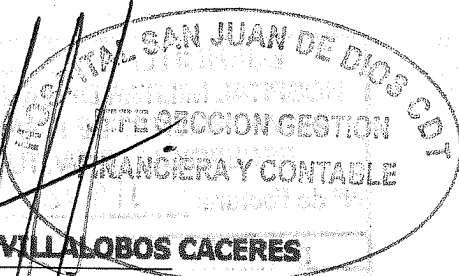
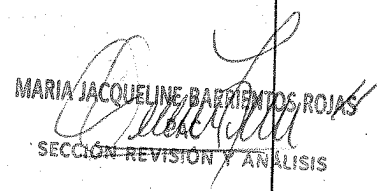
NC 3406
CC 51310
6688
R.U.T.: 61.608.204 - 3
FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.
Nº 019160

PAGO
30 DIAS

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

Santiago, 18 de AGOSTO de 2016
HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO
 Señor(es): AVENIDA ALCALDE FERNANDO CASTILLO 9100 HOSPITAL
 Dirección: SANTIAGO 61.101.030-3 Giro: 3316000
 Ciudad: _____ Teléfono: _____
 R.U.T.: _____ Condiciones de Pago: _____

Por lo siguiente: a: **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

DETALLE	TOTAL \$
ORGANO CON DESTINO OTRO ESTABLECIMIENTO RIÑON NOMBRE RECEPTOR: MELO NILO LUIS RUT : 6,805,122-3 FECHA TRASPLANTE: 13-05-2016 07-02-002-004 PABELLON	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> FACTURA DEVENGADA GUÍA Nº <u>13138</u> FECHA VENCIMIENTO: <u>02/10/2016</u> </div> 970.900 <hr style="border: 1px solid black;"/> 970.900
SON : NOVECIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS PESOS.-	
 DANIELA VILLALOBOS CACERES Jefe Centro de Costos Administración y Finanzas	 MARIA JACQUELINE BARRIENTOS ROJAS SECCION REVISION Y ANALISIS
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)".

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

ORIGINAL: CLIENTE