

**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 019233
465

PAGO 45 DIAS

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

Santiago, 8 de SPTIEMBRE de 2015
Señor(es): HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO Giro: HOSPITAL
Dirección: AVENIDA ALCALDE FERNANDO CASTILLO 9100 Teléfono: 3316000
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 AGOSTO 2016			
	Nº EXÁMENES	PRECIO UNIT.	
TSH NN	32	\$3.620	115.840
PKU NN	32	\$1.730	55.360
07-02-003-004 EXÁMENES			171.200
SON : CIENTO SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS.-			
			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>FACTURA DEVENGADA</p> <p>RECEPCION <u>1557</u></p> <p>GUÍA Nº <u>72 SEP 2016</u></p> <p>ADQUISICIONES <u>27-10-2016</u></p> <p>FECHA VENCIMIENTO <u>27-10-2016</u></p> </div>
<p>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</p>		<p>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)".</p>	

ORIGINAL: CLIENTE