

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

GIRO - HOSPITAL  
HUERFANOS 3255 - SANTIAGO  
FONO: 2568 1981

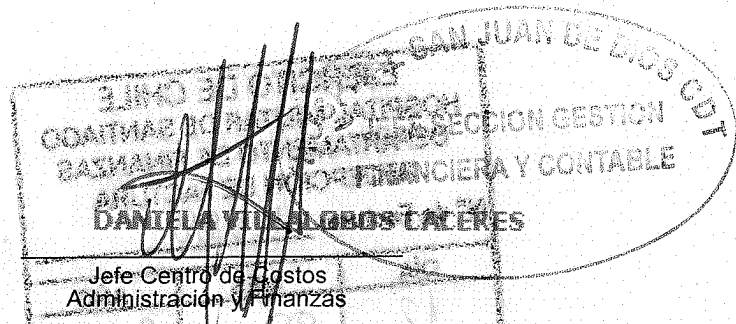
**R.U.T.: 61.608.204 - 3**  
**FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS  
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.**  
**Nº 019233**  
465

**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.: 60.101.030-3 Condiciones de Pago: CONTADO

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

DETALLE			TOTAL \$
<b>EXÁMENES REALIZADOS DURANTE EL MES DE AGOSTO 2016</b>			
	Nº EXÁMENES	PRECIO UNIT.	
TSH NN	32	\$3.620	115.840
PKU NN	32	\$1.730	55.360
<b>07-02-003-004 EXÁMENES</b>			<b>171.200</b> ✓
<b>SON : CIENTO SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS.-</b> ✓			
			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>FACTURA DEVENGADA</b></p> <p>RECEPCIÓN</p> <p>GUÍA Nº <u>1557</u></p> <p>72 SEP 2016</p> <p>ADQUISICIONES</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