

**SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES
MEDONE LIMITADA
SERVICIOS MEDICOS
Y DE ENFERMERIA A DOMICILIO
ESTORIL 50, OFICINA 812 - A
LAS CONDES - SANTIAGO**

Med-One

**R.U.T.: 76.263.383-3
FACTURA**

Nº 000003

**S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE
FECHA VIGENCIA EMISION HASTA 31 DICIEMBRE 2014**

OTROS
22.12.999.018

Fecha, 2 de Septiembre de 2013

Señor(es): Hospital San José

Dirección: San José 1196 Comuna: Independencia

Ciudad: Santiago Fono: _____ Rut.: 61.608.002-4

Giro: _____

Guía de Despacho Nº: _____ Orden de Compra: _____ Condiciones: 30 días

Por lo siguiente:		DEBE	
CANTIDAD	DETALLE	P. UNITARIO	PRECIO TOTAL
930	Hospitalización domiciliar correspondiente a 30 Camas diarias con Insumos incluidos.	58.000	53.940.000
<div data-bbox="560 1236 971 1478" data-label="Text"> <p>CANCELADO NOMBRE <u>Walter Velasco</u> RUT <u>19797650-3</u> FECHA <u>10-12-2013</u> FIRMA <u>[Firma]</u></p> </div>			
SON: <u>cinco y cuatro millones Ciento ochenta y ocho mil quinientos pesos</u>			

Pintarem SPA - RUT.: 76.228.184-8 - VITACURA 5382, OF. A. FONDO: 29538020 - PROVIDENCIA - SANTIAGO

ACUSE RECIBO CONFORME		NETO \$	53.940.000
Nombre: _____ RUT.: _____ Firma: _____		% I.V.A. \$	10.248.600
RECINTO: _____ FECHA RECEP.: _____ DE _____ DE 20 _____		TOTAL \$	64.188.600
El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4º y letra c) del Art. 5º de la Ley 19.983, acredita que la entrega de mercadería(s) o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).		S.E.ú.O.	
CANCELADO: _____ DE _____ DE 20 _____			

ORIGINAL: CLIENTE