

PAGO 45 DIAS

21016

COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SOTERO DEL RIO  
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE  
GIRO: HOSPITAL  
AVDA. CONCHA Y TORO 3459  
PUENTE ALTO  
FONO: 25762300

R.U.T.: 61.608.502 - 6  
FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS  
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.  
N° 0571961

S.I.I. - UNIDAD LA FLORIDA  
57196

Puente Alto, de de  
Señor(es): 13 JUNIO 2016  
Dirección: HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO  
Ciudad: AV. ALCALDE FERNANDO CASTILLO VELASCO N° 9100  
Forma de Pago: CIUDAD DE SANTIAGO

R.U.T.:  
Comuna: 61,101,030-3  
LA REINA

FACTURA DEVENGADA  
GUÍA N° 12932  
FECHA VENCIMIENTO: 05.08.16

Cheque Nominativo y Cruzado a Nombre de: Complejo Asistencial Dr. Sótero del R

SERVICIO: Laboratorio

Código	Descripción	Monto
07.02.003	<b>Prestación Otorgada a:</b> <b>MEMO N°259</b> <b>EXAMENES REALIZADOS EN LAB. CENTRAL</b> <b>HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO</b> <b>MES DE ABRIL 2015</b> <b>36 BACILOSCOPIAS Y 33 CULTIVOS PARA BACILO DE KOCH</b>  <b>COD: 4</b> <b>EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS</b>	<b>MARÍA GUAJARDO RAMÍREZ</b> <b>SLTP</b> <b>Sección Revisión y Análisis</b>  <b>278.310</b>
	<b>TOTAL:</b>	<b>278.310</b>

RECEPCION  
01 JUL 2016  
ADQUISICIONES

IMPORTANTE  
AL EFECTUAR UNA TRANSFERENCIA BANCARIA A CTA. CTE. 9730184  
INFORMAR AL CORREO ELECTRONICO transferencias.castr@gmail.com  
LOS NUMEROS DE LAS FACTURAS QUE ESTÁ CANCELANDO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_  
RECINTO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

"El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4º, y la 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)."

HERNAN LEMUS LEYTON - RUT: 6.950.453-1 - MANUEL RENGIFO 11576 - LA FLORIDA - FONO. 2954894 - COD. 134-109

ORIGINAL: CLIENTE