

PAGO 45 DIAS

**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° 057203**

**S.I.I. - UNIDAD LA FLORIDA
57203**

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

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

FACTURA DEVENGADA
GUÍA N° **12937**
FECHA VENCIMIENTO: **05.08.16**

Cheque Nominativo y Cruzado a Nombre de: Complejo Asistencial Dr. Sotero

SERVICIO: Laboratorio

Código	Descripción	Monto
07.02.003	Prestación Otorgada a: MEMO N°263 EXAMENES REALIZADOS EN LAB. CENTRAL HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO MES DE AGOSTO 2015 43 BACILOSCOPIAS Y 43 CULTIVO PARA BACILO DE KOCH COD: 4 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS	MARÍA GUAJARDO RAMÍREZ SETP Sección Revisión y Análisis 350.880
	TOTAL:	350.880

RECEPCION
01 JUL 2016
ADQUISICIONES

IMPORTANTE
AL EFECTUAR UNA TRANSFERENCIA BANCARIA A CTA. CTE. 9730184
INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO transferencias.casr@gmail.com
LOS NÚMEROS 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. 4°, y la letra c) del Art. 5° de la Ley 19.983, acredita que la entrega de mercadería(s), o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)"

ORIGINAL: CLIENTE

HERNAN LEMUS LEYTON - RUT: 6.950.463-1 - MANUEL RENGIFO 11576 - LA FLORIDA - FON. 2954684 - COD. 134-109