

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° 057199

S.I.I. - UNIDAD LA FLORIDA

57199

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.: **61,101,830-3**
Comuna: **LA REINA**

FACTURA DEVENGADA

GUÍA N°

12936

FECHA VENCIMIENTO:

05.08.16

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

SERVICIO: Laboratorio

| Código | Descripción | Monto |
|-----------|--|--|
| 07.02.003 | Prestación Otorgada a: MEMO N°262 EXAMENES REALIZADOS EN LAB. CENTRAL HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO MES DE JULIO 2015 48 BACILOSCOPIAS Y 48 CULTIVOS PARA BACILO DE KOCH COD: 4 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS | MARÍA GUAJARDO RAMÍREZ SLTR Sección Revisión y Análisis 391.680 |
| | TOTAL: | 391.680 |

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