

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° 0572021

S.I.I. - UNIDAD LA FLORIDA

57202

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° **12939**

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	<p>Prestación Otorgada a: MEMO N°264 EXAMENES REALIZADOS EN LAB. CENTRAL HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO <u>MES DE SEPTIEMBRE 2015</u> 54 BACILOSCOPIAS Y 53 CULTIVOS PARA BACILO DE KOCH</p> <p>COD: 4 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS</p>	<p>MARÍA GUJARDO RAMÍREZ SLTP Sección Revisión y Análisis</p> <p>435.490</p>
	TOTAL:	435.490

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. 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 LEIMUS LEYTON - RUT: 6.950.453-1 - MANUEL RENGIFO 11576 - LA FLORIDA - FONO: 2854694 - COD: 134-109

ORIGINAL: CLIENTE