

**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° 0057502**

PAGO 45 DIAS

**S.I.I. - UNIDAD LA FLORIDA
57502**

Puente Alto, 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° 12941
FECHA VENCIMIENTO: 27.08.16

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

SERVICIO: Laboratorio

Código	Descripción	Monto
07.02.003	<p>Recepción 22 JUL 2016 ADQUISICIONES</p> <p>Prestación Otorgada a: MEMO N°302 EXAMENES REALIZADOS EN LAB. CENTRAL HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO MES DE NOVIEMBRE 2015 40 BACILOSCOPIAS, 40 CULTIVOS PARA BACILO DE KOCH 1 HEMOCULTIVO PARA MICOBACTERIAS</p> <p>COD: 4 FACTURA DEVENGADA EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS GUÍA N° FECHA VENCIMIENTO: <u>27/08/2016</u></p> <p>IMPORANTE 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</p>	<p>MARÍA GUJARDO RAMÍREZ SLTP Sección Revisión y Análisis</p> <p>348.130</p> <p>TOTAL: 348.130</p>

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)."

ORIGINAL: CLIENTE