

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° 0057501

PAGO 45 DIAS

S.I.I. - UNIDAD LA FLORIDA
57501

Puente Alto, **29** 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° **12940**
 ESTÁ VENCIMIENTO: **27.08.16**

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

SERVICIO: Laboratorio

| Código | Descripción | Monto |
|--|--|--|
| <p>07.02.003</p> <p>RECÉPCION 2.2. JUL 2016 ADQUISICIONES</p> | <p>Prestación Otorgada a: MEMO N° 301 EXAMENES REALIZADOS EN LAB. CENTRAL HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO MES DE OCTUBRE 2015 44 BACILOSCOPIAS Y 43 CULTIVOS PARA BACILO DE KOCH</p> <p>COD 4 FACTURA DEVENGADA EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS</p> <p>GUÍA N°</p> <p>FECHA VENCIMIENTO: 27/08/2016</p> <p><small>IMPORTANTE</small> 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 GUAJARDO RAMÍREZ SLTP Sección Revisión y Análisis</p> <p>353.890</p> <p>TOTAL: 353.890</p> |
| <p>NOMBRE: _____ RUT: _____ RECINTO: _____ FECHA: _____ FIRMA: _____</p> <p><small>*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)*</small></p> | | |

HERNAN LEMUS LEYTON - RUT: 6.950.455-1 - MANUEL BENGIFO 11576 - LA FLORIDA - FONO: 2564694 - COD: 134-109

ORIGINAL: CLIENTE