

**COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO
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° 0058528**

PAGO 45 DIAS

S.I.I. - UNIDAD LA FLORIDA

Puente Alto, de de 23 de **NOVIEMBRE** de **2016** R.U.T.: **58528**
 Señor(es): **HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO** R.U.T.: **61.101.030-3**
 Dirección: **AV. ALCALDE FERNANDO CASTILLO VELASCO N° 9100** Comuna: **LA REINA**
 Ciudad: **CIUDAD DE SANTIAGO**
 Forma de Pago:

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

SERVICIO:		Laboratorio	
Código	Descripción	FACTURA DEVENGADA	Monto
	Prestación Otorgada a: MEMO N° 490 EXAMENES REALIZADOS EN LAB. CENTRAL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO MES DE SEPTIEMBRE 2016 23 BACILOSCOPIAS 21 CULTIVOS PARA BACILO DE KOCH COD: 4 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS	GUÍA N° 17636 FECHA VENCIMIENTO: 14/01/2017	183.900 TOTAL: 183.900
MARIA JAQUELINE CARRIENTES ROJAS SECCIÓN REVISIÓN Y ANÁLISIS 07.02.003 RECEPCION 14 DIC. 2016 ADQUISICIONES		IMPORTANTE AL EFECTUAR UNA TRANSFERENCIA BANCARIA A CTA. CTE. 9730184 INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO transferencias.casr@gmail.com LOS NUMEROS 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)"			

HERNAN LEMUS LEYTON - RUT: 6.950.453-1 - MANUEL RENGIFO 11576 - LA FLORIDA - FONDO 2564684 - COD: 134-109

ORIGINAL: CLIENTE