

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° 0058523

PAGO 45 DIAS

S.I.I. - UNIDAD LA FLORIDA
58523

Puente Alto, 23 de **NOVIEMBRE** 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**

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

SERVICIO: Laboratorio		FACTURA DEVENGADA	
Código	Descripción	Guía N°	Monto
07.02.003	Prestación Otorgada a: MEMO N°479 EXAMENES REALIZADOS EN LAB. CENTRAL HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO MES DE ABRIL 2016 24 BACILOSCOPIAS 24 CULTIVOS PARA BACILO DE KOCH COD: 4 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS	17630. 14/02/2017	203.040 203.040
RECEPCION 14 DIC 2016 ADQUISICIONES		TOTAL: 203.040	
RECIBI MARIA JACQUELINE BARRIENTOS ROJAS SECCION REVISION Y ANALISIS			
IMPORTANTE AL EFECTUAR UNA TRANSFERENCIA BANCARIA A CTA. CTE. 9730184 INFORMAR AL CORREO ELECTRONICO 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 1576 - LA FLORIDA - FONO: 2954684 - COD: 134-109

ORIGINAL: CLIENTE