

**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° 0058526**

PAGO 45 DIAS

S.I.I. - UNIDAD LA FLORIDA

58526

Puente Alto, de de
Señor(es): **23 NOVIEMBRE 2016**
Dirección: **HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO**
AV. ALCALDE FERNANDO CASTILLO VELASCO N° 9100
Ciudad: **CIUDAD DE SANTIAGO**
Forma de Pago:

R.U.T.:
Comuna: **61,101,030-3
LA REINA**

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

SERVICIO: Laboratorio

Código	Descripción	Monto
<p>MARIA JACQUELINE BARRIENTOS ROJAS SECCION REVISION Y ANALISIS 07.02.003</p> <p>RECEPCION 14 DIC 2016 ADQUISICIONES</p>	<p>Prestación Otorgada a: MEMO N° 488 EXAMENES REALIZADOS EN LAB. CENTRAL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO MES DE JULIO 2016 43 BACILOSCOPIAS 43 CULTIVOS PARA BACILO DE KOCH</p> <p>COD: 4 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS</p> <p>IMPORTANTE AL EFECTUAR UNA TRANSFERENCIA BANCARIA A CTA. CTE. 9730184 INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO transferencias.castr@gmail.com LOS NÚMEROS DE LAS FACTURAS QUE ESTÁ CANCELANDO</p>	<p>FACTURA DEVINGADA</p> <p>GUÍA N° 17635</p> <p>FECHA VENCIMIENTO: 14/01/2017</p> <p>363.780</p> <p>TOTAL: 363.780</p>
<p>NOMBRE: _____ RUT: _____ RECINTO: _____ FECHA: _____ FIRMA: _____</p> <p>*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)*</p>		

HERNAN LEMUS LEYTON - RUT: 6 950 463-1 - MANUEL RENGIFO 11576 - LA FLORIDA - FONO: 2954694 - COD: 134-109

ORIGINAL: CLIENTE