

COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SOTERO DEL RIO
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
GIRO: HOSPITAL
AVDA. CONCHA Y TORO 3459
PUENTE ALTO
FONO: 25762300

PAGO 45 DIAS

R.U.T.: 61.608.502 - 6
FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.
N° 0058525

S.I.I. - UNIDAD LA FLORIDA

58525

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

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>07.02.003</p> <p>MARY JOAQUELINE BARRIENTOS ROJAS SECCION REVISION Y ANALISIS</p> <p>RECEPCION 14 DIC 2016 ADQUISICIONES</p>	<p>Prestación Otorgada a: MEMO N°482 EXAMENES REALIZADOS EN LAB. CENTRAL HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO MES DE JUNIO 2016 47 BACILOSCOPIAS 46 CULTIVOS PARA BACILO DE KOCH</p> <p>COD: 4 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS</p>	<p>FACTURA DE VENGADA</p> <p>GUÍAN° 17 p 34</p> <p>FECHA VENCIMIENTO: 14/01/2017</p> <p>392.280</p> <p>TOTAL: 392.280</p>
<p>IMPORTANTE A EFECTUAR UNA TRANSFERENCIA BANCARIA A CTA. CTE. 9730184 INFORMAR AL CORREO ELECTRONICO transferencias.casr@gmail.com LOS NUMEROS DE LAS FACTURAS QUE ESTÁ CANCELANDO</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)

HERNAN LEMUS LEYTON - RUT: 6.950.453-1 - MANUEL RENGIFO 11576 - LA FLORIDA - FONO: 2954694 - COD: 134-109

ORIGINAL: CLIENTE