

**COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO 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° 0058524**

PAGO 45 DIAS

**S.I.I. - UNIDAD LA FLORIDA
58524**

Puente Alto, de 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**

FACTURA DEVENGADA
GUÍA N°
FECHA VENCIMIENTO:

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

SERVICIO:

Laboratorio

Código	Descripción	Monto
<p>MARIA JACQUELINE BARRIENTO PROJAS SECCION REVISION Y ANALISIS 07-02/003</p> <p>RECEPCION 14 DIC 2016 ADQUISICIONES</p>	<p>Prestación Otorgada a: MEMO N° 481 EXAMENES REALIZADOS EN LAB. CENTRAL HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO MES DE MAYO 2016 50 BACILOSCOPIAS 50 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.casr@gmail.com LOS NÚMEROS DE LAS FACTURAS QUE ESTÁ CANCELANDO</p>	<p>FACTURA DEVENGADA GUÍA N° 17633 FECHA VENCIMIENTO: 14/01/2017</p> <p>423.000 TOTAL: 423.000</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. 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).

ORIGINAL: CLIENTE