

UNIVERSIDAD DE CHILE

CORPORACIÓN EDUCACIONAL
HOSPITAL CLÍNICO Y SERVICIOS ANÁLOGOS A LA MEDICINA
VENTA DE BIENES CORPORALES MUEBLES
SERVICIOS PROFESIONALES
CÓDIGO SUCURSAL SII: 59350084
SANTOS DUMONT 999
INDEPENDENCIA - SANTIAGO

OFICINA DE PARTES

R.U.T.: 60.910.000-1

FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRÓNICA

N° 101311

DEPTO. ABASTECIMIENTO

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 22/09/2015
SEÑOR(ES) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
GIRO : HOSPITALES Y CLINICAS
DIRECCIÓN : MICHIMALONGO S/N
COMUNA : TALCAHUANO CIUDAD :
CONDICIÓN VENTA :

R.U.T. : 61.102.025-2

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO
		22/10/2015

Documentos Referenciados

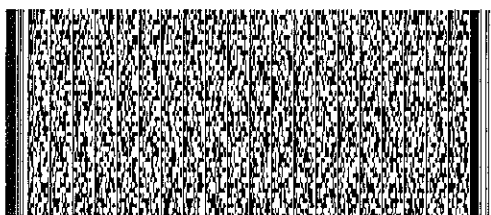
TIPO DE DOCUMENTO	FOLIO	FECHA	RAZÓN DE REFERENCIA

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO \$	TOTAL \$												
1.000	CONVENIO : PACIENTE : R.U.T. : Nro CUENTA : AMBULATORIO ORDEN HOSPITAL	33.110	33.110												
EXPRESOS CODIGO UURP 2010 N° CHEQUE Fecha CHEQUE Fondos <table><thead><tr><th>ITEM</th><th>YARE</th><th>MONTO</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> TOTAL \$ 33.110 5.211.000.000 (5.211) 21.522.11.000.000				ITEM	YARE	MONTO	1								
ITEM	YARE	MONTO													
1															

Sírvase cancelar con cheque nominativo a: Universidad de Chile y depositar en cta.cte. 399686-7 BANCO ESTADO

EXENTO \$ 33.110
TOTAL \$ 33.110

Santiago, de CANCELADO de



Timbre Electrónico SII
Res. 20 de 2003
Verifique documento: www.sii.cl

Nombre: _____
R.U.T.: _____ Fecha: ____/____/____
Recinto: _____

"El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del artículo 4° y la letra c) del artículo 5° de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercadería o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)"

Firma

CARTA ORDEN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 76219 (1647233)
Validez : Desde el 15/07/2015 al 14/08/2015
Tipo : AMBULATORIA

A : 60910000-1 HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE
Dirección : AV. SANTOS DUMONT N° 999
Fono :

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

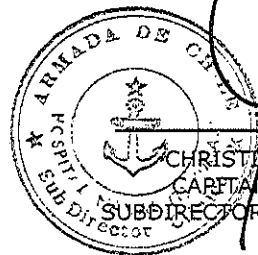
Paciente : 6040739-8 CARLOS OLIVARES VALENZUELA
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 6040739-8 CARLOS OLIVARES VALENZUELA
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 22080722000
Pedida Por : CARLA NEIRA GONZALEZ
Especialidad : MED. GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0000306128	1	HELICOBACTER PYLORI EN DEPOSIC	33110	24833	0	8277
TOTAL GENERAL :			33110	24833	0	8277

Nota: Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut:61102025-2
Dirección **MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO** .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.


CHRISTIAN WERNER SOTO
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE