

# UNIVERSIDAD DE CHILE

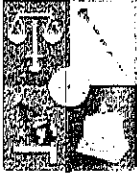
CORPORACIÓN EDUCACIONAL  
 HOSPITAL CLÍNICO Y SERVICIOS ANÁLOGOS A LA MEDICINA  
 VENTA DE BIENES CORPORALES MUEBLES  
 SERVICIOS PROFESIONALES  
 CÓDIGO SUCURSAL SII: 59350084  
 SANTOS DUMONT 999  
 INDEPENDENCIA - SANTIAGO

R.U.T.: 60.910.000-1

FACTURA NO AFECTA O EXENTA  
 ELECTRÓNICA

Nº 101179

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO



DEPTO. ABASTECIMIENTO  
 - 2 OCT. 2015  
 DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO  
 DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO  
 DEPARTAMENTO DE ABASTECIMIENTO

SANTIAGO : 21/09/2015  
 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
		21/10/2015

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

**EGRESOS**

CODIGO ULARP 2010

Nº CHEQUE

Fecha Cheque

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
TOTAL \$		33.110.-

33.211.04.060.000 (5000)  
 2102.11.950.2060

Se cancela con cheque nominativo a: Universidad de Chile y depositar en cto.cte, 399686-7 BANCO ESTADO

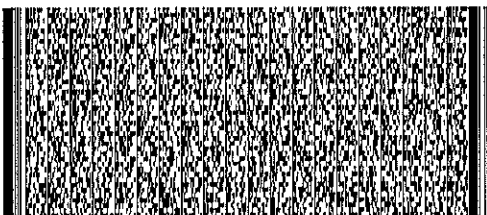
EXENTO \$	33.110
TOTAL \$	33.110

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 : 76912 (1655901)  
Validez : Desde el 07/08/2015 al 06/09/2015  
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:

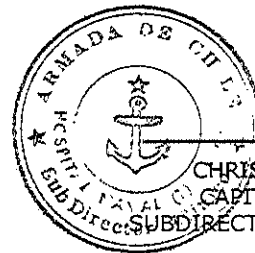
Paciente : 19699134-4 ANAIS . PAUL MORAGA  
Parentesco : NIETOS  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 5597979-0 OSVALDO SEGUNDO MORAGA VILLAGRA  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : 22086891000  
Pedida Por : ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO  
Especialidad : ENDOSCOPIA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0000306128	1	HELICOBACTER PYLORI EN DEPOSIC	33110	16555	0	16555
<b>TOTAL GENERAL :</b>			33110	16555	0	16555

**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