

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 144097

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 07/04/2016
SEÑOR(ES) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
GIRO : HOSPITALES Y CLINICAS
DIRECCIÓN : MICHIMALONGO S/N
COMUNA : TALCAHUANO CIUDAD :
CONDICIÓN VENTA :

DEPTO. ABASTECIMIENTO
DEPOSITAR EN CTA. CORRIENTE
Nº 3996867 BOO. ESTADO, A NOMBRE
HOSP. CLÍNICO U. DE CHILE
FONOS: 2-9788731 - 2-9789333

R.U.T. : 61.102.025-2

14 ABR. 2016

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO
		07/05/2016

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	8.325	8.325

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$ 8.325.-		

33211.98 060 0000 (5101)
21522 11 950 8000

2176.143

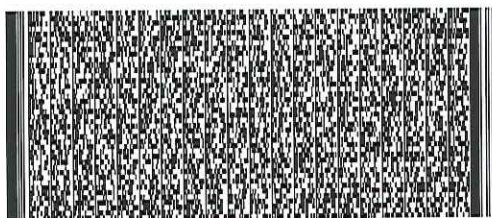
Sírvase cancelar con cheque nominativo a Universidad de Chile y depositar en ctacte. 399686-7 BANCO ESTADO

EXENTO \$	8.325
TOTAL \$	8.325

Santiago,

de

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 actq. 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

Armada de Chile
Dirección de Sanidad

CARTA ORDEN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 82515 (1728286)
Validez : Desde el 15/02/2016 al 16/03/2016
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 : 11401838-4 IVETTE . CISTERNA CANCINO
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 8891980-7 CLAUDIO NIBALDO DELGADO SANCHEZ
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 22117368000
Pedida Por : ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO
Especialidad : ENDOSCOPIA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	8325	4163	0	4162
TOTAL GENERAL :			8325	4163	0	4162

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.



NICOLAS NOSTROZA KIRSTEN
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE