



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
13 OCT. 2016
DEPTO. ABASTECIMIENTO

R.U.T.: 60.910.000-1

FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRÓNICA

Nº 166514

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 30/09/2016
SEÑOR(ES) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
GIRO : HOSPITALES Y CLINICAS
DIRECCIÓN : MICHIMALONGO S/N
COMUNA : TALCAHUANO

DEPOSITAR EN CTA. CORRIENTE
Nº 3996857 BCO. ESTADO, A NOMBRE
HOSP. CLINICO U. DE CHILE
FONOS: 29738731 - 2-97389333
CIUDAD:

R.U.T. : 61.102.025-2
CONDICIÓN VENTA :

18 OCT. 2016
INGRESO FACTURAS

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO
		30/10/2016

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 ORDENES HOSPITAL	68.740	68.740

EGRESOS

CODIGO L.U.R.P. 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$ 68.740		

63211. 99 060 000 (990.)

21522 11 950 8060

Sírvase cancelar con cheque nominativo a: Universidad de Chile y depositar en cta. 399685-7 BANCO ESTADO

EXENTO \$ 68.740
TOTAL \$ 68.740

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 actú 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 CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 89858 (1827656)
Validez : Desde el 19/10/2016 al 18/11/2016
Tipo : AMBULATORIA

A : 60910000-1 HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE
Dirección : AV. SANTOS DUMONT N° 999, INDEPENDENCIA STGO.
Fono : 2-29788000

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

Paciente : 6163000-7 MARIA MERCEDES . DONOSO VALLADARES
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 6163000-7 MARIA MERCEDES . DONOSO VALLADARES
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 32037200100
Pedida Por : CARLA NEIRA GONZALEZ
Especialidad : MED. GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000306128	1	HELICOBACTER PYLORI EN DEPOSIC	34370	25778	0	8592
TOTAL GENERAL :			34370	25778	0	8592

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.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 89857 (1827651)
Validez : Desde el 19/10/2016 al 18/11/2016
Tipo : AMBULATORIA

A : 60910000-1 HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE
Dirección : AV. SANTOS DUMONT N° 999, INDEPENDENCIA STGO.
Fono : 2-29788000

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

Paciente : 9502162-K MARIA . LARENAS ZUNIGA
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 8873632-K LUIS ALEXIS ARANEDA GOMEZ
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 22133243000
Pedida Por : ROSA MEZA LAGOS
Especialidad : MEDICINA INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000306128	1	HELICOBACTER PYLORI EN DEPOSIC	34370	17185	0	17185
TOTAL GENERAL :			34370	17185	0	17185

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.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO