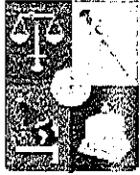


UNIVERSIDAD DE CHILE



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

R.U.T.: 60.910.000-1
**FACTURA NO AFECTA O EXENTA
 ELECTRÓNICA**
 N° 84330

31 AGO. 2015
 DEPTO. ABASTECIMIENTO

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 20/08/2015
 SEÑOR(ES) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
 GIRO : HOSPITALES Y CLINICAS
 DIRECCIÓN : MICHIMALONGO S/N
 COMUNA : TALCAHUANO CIUDAD :
 CONDICIÓN VENTA :

DEPOSITAR EN CTA. CORRIENTE R.U.T. : 61.102.025-2
 3996867 BANCO ESTADO A NOMBRE
 HOSP CLINICO U. DE CHILE
 FONDO: 20708731 30700003

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO
		19/09/2015

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

02 SET. 2015
 INDEPENDENCIA

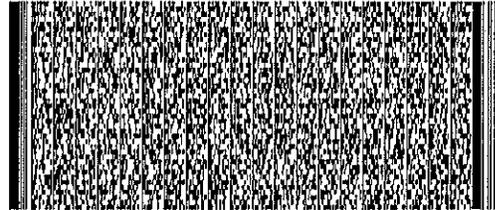
EGRESOS		
CODIGO CURP	2010	
N° CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Tipo Fondos		
ITEM	TARIFA	MONTO
1		
TOTAL \$		33.110.

5320, al 060.000 (9001)
 2102 al 510.000

Sírvase cancelar con cheque nominativo a: Universidad de Chile y depositar en cta.cto. 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: _____
 Firma: _____

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)

CARTA ORDEN

Emitida Por : **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA**
Número : **76862 (1654323)**
Validez : Desde el 04/08/2015 al 03/09/2015
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 : 7282772-4 EMMA . SEPULVEDA GRANDON
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 5764642-K LORENZO ARNOLDO . SANCHEZ SEPULVEDA
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 22095650000
Pedida Por : PAULINA SILVA SAN MARTIN
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

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
TOTAL GENERAL :			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.



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO