

UNIVERSIDAD DE CHILE

OFICINA DE

R.U.T.: 60.910.000-1

FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRÓNICA

Nº 148720

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 23/05/2016
SEÑOR(ES) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
GIRO : HOSPITALES Y CLINICAS
DIRECCIÓN : MICHIMALONGO S/N
COMUNA : TALCAHUANO CIUDAD :
CONDICIÓN VENTA :

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO
		22/06/2016

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	45.000	46.000

EGRESOS

CODIGO CURP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tip Fondos

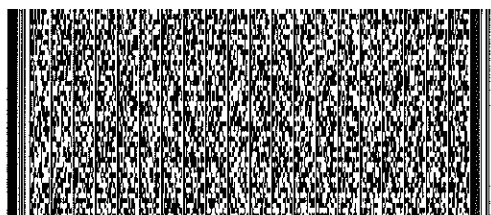
ITEM	TAREA	MONTO
11		

03211 95.060.000 (9001)
21572 11 950 8060

TOTALS 46.000
Silvia Cancian con cheque nominativo a Universidad de Chile y depositar en ctacte. 399686-7 BANCO ESTADO

EXENTO \$ 46.000
TOTAL \$ 46.000

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 4º y la letra d) del artículo 5º 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 GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

CARTA ORDEN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 84259 (1750698) *(comp)*
Validez : Desde el 14/04/2016 al 14/05/2016
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:

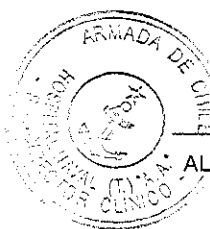
Paciente : 7278023-K HELIA DEL CARMEN MATUS DE LA PAR RA CRAVERO
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 7278023-K HELIA DEL CARMEN MATUS DE LA PAR RA CRAVERO
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 32034390100
Pedida Por : DR. PILAR CARTES WALDERRAMA
Especialidad : MED. CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	41650	31238	0	10412
TOTAL GENERAL :			41650	31238	0	10412

46.000
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