



UNIVERSIDAD DE CHILE

CORPORACIÓN EDUCACIONAL
HOSPITAL CLÍNICO Y SERVICIOS ANÁLOGOS A LA MEDICINA
VENTA DE BIENES CORPORALES MUEBLES

SERVICIOS PROFESIONALES
CÓDIGO SUCURSAL SII: 59350083

El Libro N° 5524

25 MAR 2016

INGRESO FACTURADO

DEPOSITAR EN CUENTA CORRIENTE
160.72830-04 BANCO DE CHILE, A
NOMBRE DE UNIVERSIDAD DE CHILE

FONO: 229781416

I.N.T.A.

R.U.T.: 60.910.000-1

FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRÓNICA

N° 58222

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 18/08/2016
SEÑOR(ES) : Hospital Naval "Almirante Adriaola
GIRO : **
DIRECCIÓN : CORREO NAVAL 2da. ZONA TALCAHUANO TALCAHUANO
COMUNA : TALCAHUANO CIUDAD : TALCAHUANO

R.U.T. : 61.102.025-2
CONDICIÓN VENTA : CONTADO 30 DIAS

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO
		17/09/2016

Documentos Referenciados

TIPO DE DOCUMENTO	FOLIO	FECHA	RAZÓN DE REFERENCIA

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO \$	TOTAL \$
1,000	EXAMENES L.E.M. MES DE JULIO	37.200	37.200
1,000		4.960	4.960
1,000		7.440	7.440

EGRESOS

CODIGO UURP 2010

N° CHEQUE

Fecha Cheque

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$		49.600.

53 211 99 060 0000 (9801)
21522 11 810 0060

Sírvase cancelar con cheque nominativo a Universidad de Chile y depositar en cta. 160-72830-04 del Banco CHILE

EXENTO \$	49.600
TOTAL \$	49.600

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 dedara en este acto de acuerdo a lo dispuesto en la letra f) 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 : 86805 (1783211)
Validez : Desde el 05/07/2016 al 04/08/2016
Tipo : HOSPITALIZADA

A 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 : 25419519-7 TOMAS ORDENES SOTO
Parentesco :
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 25419519-7 TOMAS ORDENES SOTO
Institución : PARTICULAR
N° CUENTA : 00000000000
Pedida Por : JORGE ALVAREZ LAGOS
Especialidad :

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
302994	1	TANDEM (NO INCLUYE HIPERGLICINEMIA)	49600	0	0	49600
TOTAL GENERAL :			49600	0	0	49600

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut: **61102025-2** Dirección
MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO