



**ARMADA DE CHILE**

Comandancia en Jefe de la II Zona Naval

ACTIVIDADES DE DEFENSA  
 SERVICIO DE IMPRENTA  
 SERVICIO DE MUELLAJE MOLO 500  
 ARRIENDO INSTALACIONES DEPORTIVAS  
 VENTA DE RECUERDOS NAUTICOS  
 CASA MATRIZ: AVDA. JORGE MONTT N° 11 BASE NAVAL  
 TELEFONOS: (041) 2745517 - (041) 2745017  
 FONO/FAX: (041) 274 6088 - TALCAHUANO  
 SUCURSAL: HACIENDA SAN AGUSTIN DE PUÑUAL S/N - NINQUE  
 FONONO: (042) 1972946

RUT.: 61.102.021-K  
**FACTURA DE VENTAS Y SERVICIO  
 NO AFECTO O EXENTOS DE I.V.A.**  
**N° 1437**

**S. I. I. TALCAHUANO**

Fecha, 7 de Agosto de 2017

Señor(es): Hospital Naval Talcahuano  
 Dirección: Michimalonga s/n Los Canches  
 Giro: Hospital  
 O/C N°: 89263 O/T N°: Guía de Despacho:

R. U. T.: 61102025-2  
 Ciudad: Talcahuano  
 Teléfono: 3219  
 Condiciones de Venta: 30 Día

Por lo siguiente: A: COMANDANCIA EN JEFE DE LA IIª ZONA NAVAL

DEBE

CANT.	DETALLE	UNITARIO	TOTAL																																								
364	Recetas Hospitalizada Grupos	1300	473200																																								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;"><b>EGRESOS</b></td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">CÓDIGO U.U.E.E. 2010</td></tr> <tr><td colspan="4">N° Cheque:</td></tr> <tr><td colspan="4">Fecha Cheque:</td></tr> <tr><td colspan="4">Tipo de Fondos: <i>FP</i></td></tr> <tr><th>ITEM</th><th>TAREA</th><th>MONTO</th><td></td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="3">TOTAL</td><td>473.200</td></tr> </table>				<b>EGRESOS</b>				CÓDIGO U.U.E.E. 2010				N° Cheque:				Fecha Cheque:				Tipo de Fondos: <i>FP</i>				ITEM	TAREA	MONTO														TOTAL			473.200
<b>EGRESOS</b>																																											
CÓDIGO U.U.E.E. 2010																																											
N° Cheque:																																											
Fecha Cheque:																																											
Tipo de Fondos: <i>FP</i>																																											
ITEM	TAREA	MONTO																																									
TOTAL			473.200																																								
CANCELADO Fecha, <u>7 de Agosto</u> de 20 <u>17</u>		<b>NETO \$</b>	473200																																								
NOMBRE: <u>HOSPITAL DE LA ZONA NAVAL</u> Rut.: <u>61.102.021-K</u>		<b>TOTAL \$</b>	473200																																								
FIRMA: <u>[Firma]</u> FECHA: <u>7 de Agosto</u> RECINTO: <u>TALCAHUANO</u>		El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4° y letra c) del Art. 5° de la ley 19.983, acredita que la entrega de las mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s)																																									
SON: <u>Cuatrocientos setenta y tres mil doscientos</u>																																											

ORDEN DE COMPRA

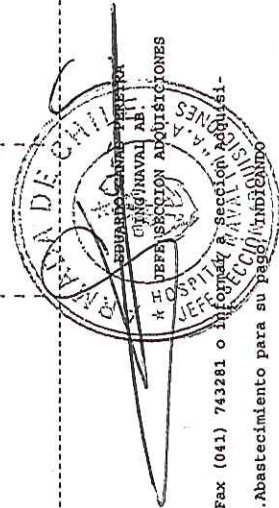
FECHA : 16/06/17

NRO.O/C : 00008263  
 REC.O/C : 16/06/2017  
 I.T.E.M. : 04 MATERIALES DE IMPRESION  
 CTA.PRESU: 021522040100000  
 N°CH.COM.: EXENTA 98/2017  
 F.CH.COM.: 12/06/2017  
 N°ID.NP.:

SEÑORES : 061102021K COMANDANCIA EN JEFE IIA.ZONA N  
 DIRECCION : JORGE MONTT PATS/H TALCAHUANO

FAVOR DISPONER LA ENTREGA DEL SGE.ARTICULO Y FACTURAR A NOMBRE  
 DEL HOSPITAL NAVAL (T). RUT. 61.102.025-2

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD COMPRA	UNIDAD DE ENTREGA	DESCRIPCION D E T A L L E	VALOR (\$) UNITARIO	TOTAL
000000046969-2	300	BLOCK	SOLICITUD EXAMENES IMAGENOLOGI	2.600,00	780.000,00
000000042111-5	100	BLOCK	EVOLUCION DE ENFERMERIA	2.500,00	250.000,00
000000043605-5	100	BLOCK	SOLICITUD DE REGIMEN	1.300,00	130.000,00
0000000041262-7	500	BLOCK	SERVICIO RP EXTERNO	800,00	400.000,00
000000075155-2	500	TALONARIOS	RECETAS HOSP.GRANDES	1.300,00	650.000,00
000000041076-1	1.000	NRO.	TRATAMIENTO MED. FISICA	60,00	60.000,00
000000046851-2	40.000	NRO.	PARJ.ADM.MED.BLANCO	8,00	320.000,00
				TOTAL	2.590.000,00
				MONTO INCLUYE I.V.A	
				SOLIC.: 201700506 03 BODREA MATERIALE	



IMPORTANTE  
 A) Favor indicar FECHA DE DESPACHO y medio transporte al Fax (041) 743281 o informar a Sección Adquisiciones, Fono (041) 743182-743056  
 B) La Factura deberá ser enviada en CUADROPLICADO al jefe Depto.Abastecimiento para su pago, indicando claramente el Nro.de la ORDEN DE COMPRA QUE LA ORIGINO.  
 C) En caso de proceder con despacho parcial, solicitamos se informe por Fax la situación de los ítemes pendientes haciendo referencia a la Orden de Compra  
 D) Esta Orden de Compra tiene validez de 15 días hábiles de emitida dicha Orden. EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA CLAUSULA, SERA CAUSAL DE ANULACION ANTICIPADA  
 E) Este Hospital, efectúa el pago de Facturas a sus Proveedores mediante transferencia electrónica Banco BCI.Si Ud no es cliente del BCI, para consultar su respectivo pago, ingrese a la página Web www.bci.cl, Empresas y obtenga clave en Registro de Proveedores. Se recomienda a los Proveedores validar en forma permanente, la Razón Social, Rut, Dirección, Fono y cualquier cambio en su Cuenta Corriente,al Fono (041) 743066-743202 Sección Finanzas.  
 LUGAR DE ENTREGA  
 RETIPA