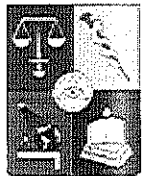




UNIVERSIDAD DE CHILE



CORPORACIÓN EDUCACIONAL
HOSPITAL CLÍNICO Y SERVICIOS ANÁLOGOS A LA MEDICINA

VENTA DE BIENES CORPORALES MUEBLES
SERVICIOS PROFESIONALES
CÓDIGO SUCURSAL SII: 59350084
24 MAR. 2017
SANTOS DUMONT 999
INDEPENDENCIA - SANTIAGO
INGRESO FACTURAS

OFICINA DE PARTES
23 MAR. 2017
DEPTO. ABASTECIMIENTO

R.U.T.: 60.910.000-1

FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRÓNICA

Nº 202330

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 15/03/2017
SEÑOR(ES) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
GIRO : HOSPITALES Y CLINICAS
DIRECCIÓN : MICHIMALONGO S/N
COMUNA : TALCAHUANO

CIUDAD :

DEPOSITAR EN CTA. CORRIENTE
Nº 3996867 BOO. ESTADO A NOMBRE
HOSP. CLINICO U. DE CHILE
FONOS 39732731 - 39732223

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

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO
		14/04/2017

Documentos Referenciados

TIPO DE DOCUMENTO	FOLIO	FECHA	RAZÓN DE REFERENCIA

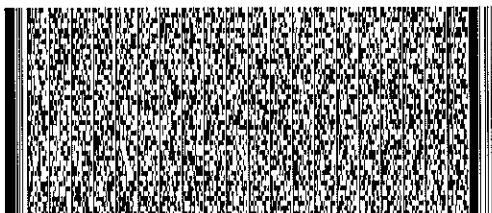
CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO \$	TOTAL \$
1,000	CONVENIO : PACIENTE : R.U.T. : Nro CUENTA : AMBULATORIO PAC: PRISCILA MANOSALVA ROBLES RUT: 15.222.200-9 ORDEN HOSPITAL	34.370	34.370
EGRESOS			
CODIGO CURP 2010			
Nº CHEQUE			
Fecha CHEQUE			
Tipo Fondos			
ITEM	TAREA	MONTO	
11			
TOTAL \$ 34.370.-			

53211 99.062 0000 (9001)
21522.11 810 0060

Sírvase cancelar con cheque nominativo a Universidad de Chile y depositar en cta. 399686-7 BANCO ESTADO

EXENTO \$	34.370
TOTAL \$	34.370

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 acta de acuerdo a lo dispuesto en la letra f) del artículo 4° y la letra c) del artículo 5° de la ley 19.063, 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 : **93037 (1869295)**
Validez : Desde el 08/02/2017 al 10/03/2017
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 : 15222200-9 PRISCILA PENELOPE MANOSALVA ROBLES
Parentesco : CONYUGE
Repartición : PLANTA INDUSTRIAL ASMAR TALCAHUANO
Responsable : 15176771-0 ROBERTO FABIAN RAMIREZ SILVA
Institución : ARMADA
NPI : 506102-3
Pedida Por : ROSA MEZA LAGOS
Especialidad : MEDICINA INTERNA

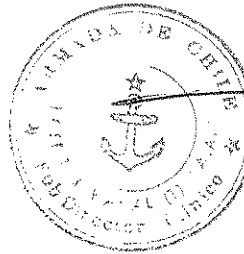
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000306128	1	HELICOBACTER PYLORI EN DEPOSIC	34370	17185	12029	5156
TOTAL GENERAL :			34370	17185	12029	5156

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