

UNIVERSIDAD DE CHILE



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

OFICINA DE PARTES
23 MAR. 2017
DEPTO. ABASTECIMIENTO

R.U.T.: 60.910.000-1

FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRÓNICA

Nº 202092

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 13/03/2017
SEÑOR(ES) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
GIRO : HOSPITALES Y CLINICAS
DIRECCIÓN : MICHIMALONGO S/N
COMUNA : TALCAHUANO

24 MAR. 2017
CIUDAD DE SANTIAGO

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

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO
		12/04/2017

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 ORDENES HOSPITAL	68.740	68.740

EGRESOS

CODIGO CU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

TOTAL \$ 68.740.-

55211.98.060 8880 (9001)

21522.11 950 8060

EXENTO \$ 68.740
TOTAL \$ 68.740

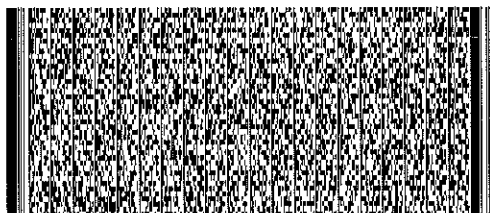
Si se cancela con cheque nominativo a Universidad de Chile y deposita en cta. 399686-7 BANCO ESTADO

CANCELADO

Santiago,

de

de



Timbre Electrónico SII
Res. 20 de 2003
Verifique documento: www.sii.cl

Nombre: _____

R.U.T.: _____

Fecha: ____/____/____

Recinto: _____

"El acta 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)"

Firma

ARMADA DE CHILE

DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 93244 (1871317)
Validez : Desde el 15/02/2017 al 17/03/2017
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 : 21178639-6 RENATA ALEJANDRA VALENZUELA ASTUDILLO
Parentesco : HIJOS
Repartición : HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
Responsable : 15080123-0 ALEJANDRA MACARENA ASTUDILLO RAMIREZ
Institución : ARMADA
NPI : 626801-5
Pedida Por : PAULINA PEÑARANDA PEDEMONTE
Especialidad : MEDIC INFANTIL

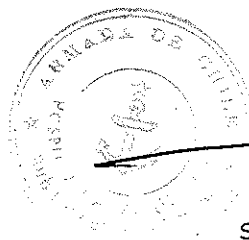
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

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



CRISTIAN GONZÁLEZ GARFÍAS
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

*laboratorio***ARMADA DE CHILE**DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN****Emitida Por** : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 93395 (1873296)
Validez : Desde el 21/02/2017 al 23/03/2017
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 : 6269509-9 MARGARITA DEL CARMEN LUNA RIQUELME
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 6269509-9 MARGARITA DEL CARMEN LUNA RIQUELME
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 32060120000
Pedida Por : ANA MARIA GEMMATO DE TEDESCO
Especialidad : ENDOSCOPIA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000306128	1	HELICOBACTER PYLORI EN DEPOSIC	34370	25778	0	8592
TOTAL GENERAL :			34370	25778	0	8592

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
BeneficiarioCRISTIAN GONZÁLEZ GARFÍAS
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE