



IMPRESA DE LA ARMADA DE CHILE
IMPRESA Y ENCUADERNACION
ANTONIO VARAS 339
VALPARAISO

Mo+ = 91490

R.U.T.: 61.952.000-9

FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRÓNICA

N° 2591

S.I.I. - VALPARAISO

Fecha Emisión: 2017-12-21

Señor(es): HOSPITAL NAVAL TALCAHUANO

Dirección: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS

Giro: ADM PUBLICA Y DEFENSA

Correo:

RUT: 61.102.025-2

Comuna: TALCAHUANO

Teléfono:

26 DIC. 2017

IMPRESA ELECTRONICA

Documentos Referenciados

Tipo Documento	Folio	Fecha	Razón Referencia
Orden de Compra	356/2017	2017-11-28	OT. 3068

Cod.	Cantidad	Detalle	P. Unit.	Total
	20	CAJAS FORM. CONTINUOS FANFOLD (EX.LAB.) (30077313-5) (Unidad medida: NR.)	\$21.000	\$420.000

EGRESOS

CÓDIGO U.U.E.E. 2010

N° Cheque.....

Fecha Cheque:.....

Tipo de Fondos: **FP**

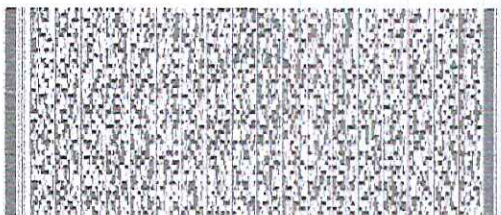
ITEM	TAREA	MONTO

TOTAL \$ **420.000**

RECIBO
MERCADERÍAS Y SERVICIOS
"FEBOS"

SON: CUATROCIENTOS VEINTE MIL PESOS

Monto Exento	\$420.000
Monto Total	\$420.000



Timbre Electrónico SII
Resolución Ex. SII N° 80 del 2014
Verifique documento: www.sii.cl

Nombre: _____
RUT: _____ Fecha: _____
Firma: _____

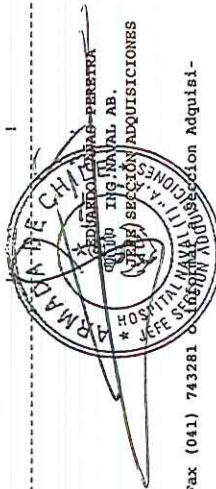
FECHA : 7/12/17

SEÑORES : 061952009 IMPRENTA DE LA ARMADA DE CHILE
DIRECCION : AV. A. VARAS 339 VALPARAISO

NRO.O/C : 000091490
FEC.O/C : 07/12/2017
I.T.E.M. : 19 MATERIALES DE USO Y CONS.
CTA.PRESU: 021522040900000
N°CH.COM.: EXENTA 356/2017
F.CH.COM.: 28/11/2017
N°ID.MP.: 2

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

CODIGO ARTICULO	CANTIDAD	UNIDAD DE ENTREGA	DETALLE	VALOR (\$)	TOTAL
0000000077313-5	20	CAJAS	PAPEL ORIGINAL 5,5X6,5 (EX. LAB)	21.000,00	420.000,00
00000000773172-9	30	CAJAS	COMPROBANTE DE PAGO	42.000,00	1.260.000,00
				TOTAL	1.680.000,00
			MONTO INCLUYE I.V.A		
			SOLIC.: 201701169 03 RODRIGA MATERIALE		



IMPORTANTE
FAVOR INDICAR FECHA DE DESPACHO Y MEDIO TRANSPORTE
al Fax (041) 743281 e Informar a Sección Adquisi-

A) Favor indicar FECHA DE DESPACHO y medio transporte
ciones. Fono (041) 743182-743056

B) La Factura debiera ser enviada en CUADRUPLICADO 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

p) Esta Orden de Compra tiene validez de 15 días hábiles de emitida dicha Orden. EL NO CUMPLIMIENTO DE ESTA

D) Esta Orden de Compra tiene validez de 15 días CLAUSELA. 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 obenga 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.

UNIDAD DE ENTREGA