

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 Líbano N° 5524
 MACUL -

OFICINA DE PARTES
 28 JUN 2016
 DEPTO. ABASTECIMIENTO
 28 JUN 2016
 OFICINA DE PARTES

R.U.T.: 60.910.000-1

FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRÓNICA

N° 156541

DEPOSITAR EN CUENTA CORRIENTE
 760.72830-04 BANCO DE CHILE, A
 NOMBRE DE UNIVERSIDAD DE CHILE
 FONDO: 229781416
 I.N.T.A.

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

R.U.T. : 61.102.025-2

21 JUN 2016

INGRESO FACTURAS

SANTIAGO : 15/06/2016
 SEÑOR(ES) : Hospital Naval "Almirante Adriaizola"
 GIRO : **
 DIRECCIÓN : CORREO NAVAL 2da. ZONA TALCAHUANO TALCAHUANO
 COMUNA : TALCAHUANO CIUDAD : TALCAHUANO
 CONDICIÓN VENTA : CONTADO 30 DIAS

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO
		15/07/2016

Documentos Referenciados

TIPO DE DOCUMENTO	FOLIO	FECHA	RAZÓN DE REFERENCIA

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

EGRESOS

CODIGO CURP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipc Fondos

TEM	TAREA	MONTO
11		

53211, 99.060 8880 (9101)
 21522 11 950 0060

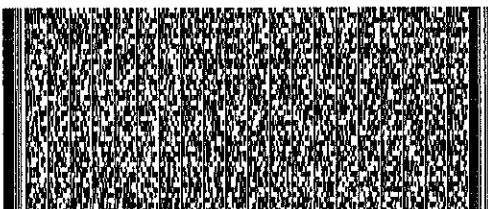
TOTAL \$ 49.600.-

EXENTO \$ 49.600
 TOTAL \$ 49.600

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

CANCELADO

Santiago, de de



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

Nombre: _____
 R.U.T.: _____ Fecha: ___/___/___
 Recinto: _____
 Firma: _____

"El acuse de recibo que se declara en este acto de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del artículo 4° y la letra d) del artículo 5° de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercadería o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibid(o)s"

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 : **84809 (1758198)**
Validez : Desde el 04/05/2016 al 03/06/2016
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 60910000-1 HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE
Dirección : **AV. SANTOS DUMONT Nº 999**
Fono :

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : 24612481-7 RAFAEL ARTURO CASTILLO KLAHN
Parentesco : HIJOS
Repartición : PLANTA INDUSTRIAL ASMAR TALCAHUANO
Responsable: 13454102-4 RAFAEL EDUARDO CASTILLO VALLEJOS
Institución : ARMADA
NPI : 299-4
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
0000302994	1	TANDEM (NO INCLUYE HIPERGLICINEMIA)	49600	24800	17360	7440
TOTAL GENERAL :			49600	24800	17360	7440

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

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

24612481-7 RAFAEL ARTURO CASTILLO KLAHN

Ficha Clínica: