

UNIVERSIDAD DE CHILE

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

OFICINA DE PARTES

23 SET. 2016

DEPTO. ABASTECIMIENTO

R.U.T.: 60.910.000-1

**FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRÓNICA**

№ 165149

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 15/09/2016
SEÑOR(ES) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
GIRO : HOSPITALES Y CLINICAS
DIRECCIÓN : MICHIMALONGO S/N
COMUNA : TALCAHUANO

DEPOSITAR EN CTA. CORRIENTE
Nº 3998867 BCO. ESTADO, A NOMBRE
HOSP. CLINICO U. DE CHILE
FONOS. 29788731 - 2-9789333

R.U.T. : 61.102.025-2
CONDICIÓN VENTA : 26

23 SET. 2016

INGRESSO ECTIPAC

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO
		15/10/2016

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: ISABEL VERA SANHUEZA RUT: 10.224.894-5 ORDEN HOSPITAL	34.370	34.370

EGRESOS

CODIGO L.U.R.P 2010

CHEQUE

Fecha CHEQUE

Coc Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

\$ 34.370.

5320 99 060 8880 (900.)

2152 11 950 8060

Cambian Vaten

Canta orden

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

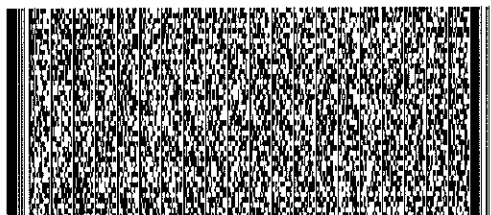
EXENTO \$	34.370
TOTAL \$	34.370

Santiago,

de

CANCELADO

de



Nombre: _____

R.U.T.: _____ Fecha: ____/____/____

Recinto: _____

"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 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)"

Firm's

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 : 88109 (1803426)
Validez : Desde el 24/08/2016 al 23/09/2016
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:

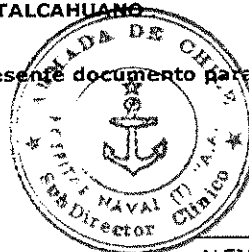
Paciente : 10224894-5 ISABEL . VERA SANHUEZA
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 9540535-5 JOSE IGNACIO CONTRERAS AGUAYO
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 22127432000
Pedida Por : DR. PILAR CARTES WALDERRAMA
Especialidad: MED. CIRUJANO

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	0	17185
TOTAL GENERAL :			34370	17185	0	17185

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.



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

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

10224894-5 ISABEL . VERA SANHUEZA

Ficha Clínica: