



UNIVERSIDAD DE CHILE

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

R.U.T.: 60.910.000-1
**FACTURA NO AFECTA O EXENTA
 ELECTRÓNICA**
 Nº 166162

OFICINA DE PARTES
30 SET. 2016
DEPTO. ABASTECIMIENTO

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 27/09/2016
 SEÑOR(ES) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
 GIRO : HOSPITALES Y CLINICAS
 DIRECCIÓN : MICHIMALONGO S/N
 COMUNA : TALCAHUANO CIUDAD :

DEPOSITAR EN CTA. CORRIENTE
 Nº 3996867 BCO. ESTADO, A NOMBRE
 HOSP. CLINICO U. DE CHILE
 FONOS: 29788731 - 2-9788333

R.U.T. : 61.102.025-2
 CONDICIÓN VENTA :
03 OCT. 2016
 IMPRESION FACTURADO

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO
		27/10/2016

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: ENRIQUE JAVIER MOLINA FIERRO RUT: 10.925.903-9 ORDEN HOSPITAL	34.370	34.370

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipc Fondos

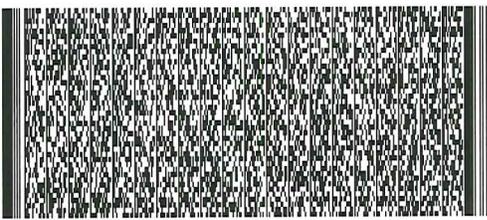
ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$		34.370.

59211.99.060.0000 (5101)
 21522 11 950 8060

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: _____

Firma

"El acuse de recibo que se declara en este actº de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del artículo 4º y la letra c) del artículo 5º de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercadería o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(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 : 88429 (1808856)
Validez : Desde el 06/09/2016 al 06/10/2016
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 : 10925903-9 ENRIQUE JAVIER MOLINA FIERRO
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 10925903-9 ENRIQUE JAVIER MOLINA FIERRO
Institución : ARMADA
NPI : 632897-6
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	34370	0	0
TOTAL GENERAL :			34370	34370	0	0

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

10925903-9 ENRIQUE JAVIER MOLINA FIERRO

Ficha Clínica: