



# UNIVERSIDAD DE CHILE

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

R.U.T.: 60.910.000-1

FACTURA NO AFECTA O EXENTA  
ELECTRÓNICA

Nº 201304

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 02/03/2017  
SEÑOR(ES) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA  
GIRO : HOSPITALES Y CLINICAS  
DIRECCIÓN : MICHIMALONGO S/N  
COMUNA : TALCAHUANO

CIUDAD

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

| CENTRO DE REGISTRO | CUENTA CONTABLE | FECHA VENCIMIENTO |
|--------------------|-----------------|-------------------|
|                    |                 | 01/04/2017        |

## Documentos Referenciados

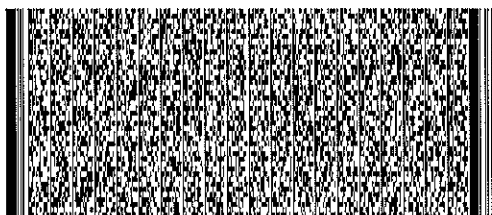
| TIPO DE DOCUMENTO | FOLIO | FECHA | RAZÓN DE REFERENCIA |
|-------------------|-------|-------|---------------------|
|                   |       |       |                     |

| CANTIDAD              | DESCRIPCIÓN                                                                         | PRECIO UNITARIO \$ | TOTAL \$ |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------|
| 1,000                 | CONVENIO :<br>PACIENTE :<br>R.U.T. :<br>Nro CUENTA: AMBULATORIO<br>ORDENES HOSPITAL | 103.110            | 103.110  |
| <b>IMPRESOS</b>       |                                                                                     |                    |          |
| CÓDIGO SUICURSAL 2010 |                                                                                     |                    |          |
| Nº CHEQUE             |                                                                                     |                    |          |
| Fecha CRENE           |                                                                                     |                    |          |
| Tipo Fondos           |                                                                                     |                    |          |
| ITEM                  | TARCA                                                                               | MONTA              |          |
| II                    |                                                                                     |                    |          |
| TOTAL \$ 103.110.-    |                                                                                     |                    |          |

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

|           |         |
|-----------|---------|
| EXENTO \$ | 103.110 |
| TOTAL \$  | 103.110 |

Santiago, de CANCELADO de



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

Nombre: \_\_\_\_\_  
R.U.T.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Recinto: \_\_\_\_\_

"El acuse de recibo que se declara en este acta, 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 servicios 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 : **93088 (1870111)**  
Validez : Desde el 10/02/2017 al 12/03/2017  
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 : 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

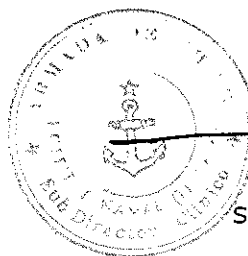
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| 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



CRISTIAN GONZÁLEZ GARIFIAS  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

**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 : 92917 (1867310)  
Validez : Desde el 01/02/2017 al 03/03/2017  
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 : 13623143-K CLAUDIA ANDREA PUENTES LETELIER  
Parentesco : CONYUGE  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 13266080-8 CESAR ANTON AGUILERA CACERES  
Institución : ARMADA  
NPI : 507397-5  
Pedida Por : ALEJANDRA BELTRAN  
Especialidad : MEDICINA INTERNA

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



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

**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** : 91192 (1844051)  
**Validez** : Desde el 29/11/2016 al 29/12/2016  
**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** : 8623736-9 PATRICIA . CONTRERAS AGUIRRE  
**Parentesco** : CONYUGE  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : 7391276-8 SAMUEL EXEQUIEL . RUIZ HAYNOL  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** : 22096070000  
**Pedida Por** : ROSA MEZA LAGOS  
**Especialidad** : MEDICINA INTERNA

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   |
|            |      | <b>TOTAL GENERAL :</b>         | 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.

Firma - Nombre - RUN  
Beneficiario



ANDRÉS ESPINOZA BIESCHKE  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO