



UNIVERSIDAD DE CHILE

CORPORACIÓN EDUCACIONAL
 HOSPITAL CLÍNICO Y SERVICIOS ANÁLOGOS A LA MEDICINA
 VENTA DE BIENES CORPORALES MUEBLES
 SERVICIOS PROFESIONALES
 CÓDIGO SUCURSAL SI: 59350083
 El Líbano N° 5524
 MACUL -

R.U.T.: 60.910.000-1

DEPOSITAR EN CUENTA CORRIENTE
 160.72830-04 BANCO DE CHILE, A
 NOMBRE DE UNIVERSIDAD DE CHILE
 FONOS: 229781416
 I.N.T.A.

FACTURA NO AFECTA O EXENTA
 ELECTRÓNICA

N° 241585

S.I.I.- SANTIAGO CENTRO

SANTIAGO : 21/09/2017
 SEÑOR(ES) : Hospital Naval "Almirante Adriaola
 GIRO : **
 DIRECCIÓN : CORREO NAVAL 2da. ZONA TALCAHUANO TALCAHUANO
 COMUNA : TALCAHUANO CIUDAD : TALCAHUANO

R.U.T. : 61.102.025-2
 CONDICIÓN VENTA : CONTADO 30 DIAS

CENTRO DE REGISTRO	CUENTA CONTABLE	FECHA VENCIMIENTO
		21/10/2017

Documentos Referenciados

TIPO DE DOCUMENTO	FOLIO	FECHA	RAZÓN DE REFERENCIA

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO \$	TOTAL \$
1,000	EXAMENES L.E.M. MES DE AGOSTO	56.850	56.850
1,000		7.580	7.580
1,000		11.370	11.370

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
1		

TOTAL \$ **75.800.-** CANCELADO

53211.95.060.0500 (9101)
 21522 11 950 0060

EXENTO \$	75.800
TOTAL \$	75.800



Timbre Electrónico SI
 Res. 20 de 2003
 Verifique documentox www.sii.cl

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 mercancía o servicio(s) 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 : 97757 (1937740)
Validez : Desde el 19/07/2017 al 18/08/2017
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 : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : PLANTA INDUSTRIAL ASMAR TALCAHUANO
Responsable : [REDACTED]
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
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
0009920002	1	EXAMENES	18800	9400	6580	2820
TOTAL GENERAL :			18800	9400	6580	2820

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:

[REDACTED]

Ficha Clínica:

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 : 95566 (1905252)
Validez : Desde el 09/05/2017 al 08/06/2017
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 : [REDACTED] O
Parentesco : HIJOS
Repartición : COMANDANCIA EN JEFE DE LA SEGUNDA ZONA NAVAL
Responsable : [REDACTED] O
Institución : ARMADA
NPI : [REDACTED]
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)	57000	28500	19950	8550
TOTAL GENERAL :			57000	28500	19950	8550

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

Ficha Clínica: