



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Pontificia Universidad Católica de Chile

Giro : Universidad, Hospital, Centros médicos, Estacionamientos,
Televisión, Cine, Teatro, Casino, Ventas por internet.

Casa Matriz

Av. Libertador Bernardo O'Higgins N° 340, Santiago - Centro

Teléfono : 223542000 Casilla 114-D WWW.UC.CL

Sucursal

MARCOLETA #352 COMUNA SANTIAGO CIUDAD STGO REGION
METROPOLITANA

R.U.T.: 81.698.900-0

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRÓNICA**

N° 75886

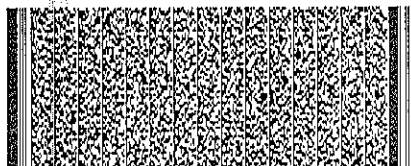
S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

SEÑOR (ES)	: SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP.NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA	EMISIÓN	: 19 - ENE - 2016
R.U.T.	: 61.102.025-2	VENCIMIENTO	: 18 - FEB - 2016
GIRO	: HOSPITALES Y CLINICAS	PLAZO	: 30 Días
DIRECCIÓN	: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS	N° ORDEN	: 1812894
COMUNA	: TALCAHUANO CIUDAD : TALCAHUANO	N° LOTE	:
SERVICIO PRESTADO	:	MAIL	:
TELEFONO	: - AT. :		

01-11201003-3811-007-81

CODIGO	CANTIDAD	DETALLE	PRECIO UNITARIO	DESCUENTOS	TOTAL
	1	PRESTACIONES OTORGADAS EN HOSPITAL CLINICO UC NRO.BONOS:1	80.562		80.562
EGRESOS CODIGO LU.RP 2010 N° CHEQUE Fecha CHEQUE Tipo Fondos OBSERVACIONES: MAGRADECEREMOS REALIZAR EL PAGO DE ESTA FACTURA EN CTA. CTE. 82-10-01007-7 DEL BANCO SANTANDER SANTIAGO P.P. PONT. UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE. ENVIAR AVISO DE PAGO A LOS CORREOS: MALIZANA@MED.PUC.CL; NMIRANDA@MED.PUC.CL					
				Monto Exento	80.562
				Monto Total	80.562

TOTAL \$ 80.562



Timbre Electrónico SII
Res. 80 del 22-08-2014
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 Art.4°, Y LA LETRA c) DEL Art.5° DE LA LEY 19.963, ACREDITA QUE LA ENTREGA DE MERCADERIAS O SERVICIOS(S) PRESTADO(S) HA(N) SIDO RECIBIDO(S).

Armada de Chile
Dirección de Sanidad

CARTA ORDEN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 81477 (1712754)
Validez : Desde el 29/12/2015 al 28/01/2016
Tipo : AMBULATORIA

A : 81698900-0 HOSPITAL CLINICO PONTIFICIA UNIV.CATOLICA DE CHILE
Dirección : MARCOLETA Nº 367 (CONVENIO Nº 1248)
Fono : (02)3543777

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

Paciente : 12431924-2 JUAN CARLOS CASTILLO PINO
Parentesco : SI MISMO
Repartición : PLANTA INDUSTRIAL ASMAR TALCAHUANO
Responsable : 12431924-2 JUAN CARLOS CASTILLO PINO
Institución : ARMADA
NPI : 598594-2
Pedida Por : FRANCISCO RIVAS BIDEAIN
Especialidad : MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	80562	80562	0	0
TOTAL GENERAL :			80562	80562	0	0

Nota: 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