



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° 100757

S.I.I. - SANTIAGO CENTRO

|                   |                                                          |             |                   |
|-------------------|----------------------------------------------------------|-------------|-------------------|
| SEÑOR (ES)        | : SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP.NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA | EMISIÓN     | : 12 - MAY - 2016 |
| R.U.T.            | : 61.102.025-2                                           | VENCIMIENTO | : 11 - JUN - 2016 |
| GIRO              | : HOSPITALES Y CLINICAS                                  | PLAZO       | : 30 Dias         |
| DIRECCIÓN         | : MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS                           | N° ORDEN    | : 1835809         |
| COMUNA            | : TALCAHUANO CIUDAD : TALCAHUANO                         | N° LOTE     | :                 |
| SERVICIO PRESTADO | :                                                        | MAIL        | :                 |
| TELEFONO          | : --                                                     |             |                   |

01-11201003-3811-007-81

| CODIGO                                                                                                                                                                                                                                               | CANTIDAD | DETALLE                                                           | PRECIO UNITARIO | DESCUENTOS   | TOTAL  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|--------|
|                                                                                                                                                                                                                                                      | 1        | PRESTACIONES OTORGADAS EN HOSPITAL<br>GOMEZ MALDONADO SILVIA LADY | 86.201          |              | 86.201 |
| E G R E S O S                                                                                                                                                                                                                                        |          |                                                                   |                 |              |        |
| Son Ochenta y Seis Mil Doscientos Un pesos                                                                                                                                                                                                           |          |                                                                   |                 |              |        |
| OBSERVACIONES:<br>AGRADECEREMOS REALIZAR EL PAGO DE ESTA FACTURA EN CTA. CTE. 82-10-01007-7<br>DE BANCO SANTANDER SANTIAGO P.R. PONT. UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE,<br>ENVIAR AVISO DE PAGO A LOS CORREOS: MALIZANA@MED.PUC.CL; NMIRANDA@MED.PUC.CL |          |                                                                   |                 | Monto Exento | 86.201 |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |          |                                                                   |                 | Monto Total  | 86.201 |

DEC FAC DE MEDICINA

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

| ITEM     | TAREA | MONTO |
|----------|-------|-------|
| 1        |       |       |
| TOTAL \$ |       |       |

Recibo Electrónico SII  
Res. 80 del 22-08-2014  
Verifique documento: [www.sii.cl](http://www.sii.cl)

|         |   |  |       |   |  |
|---------|---|--|-------|---|--|
| Nombre  | : |  | Fecha | : |  |
| R.U.T   | : |  | Firma | : |  |
| Recinto | : |  |       |   |  |

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 a) DEL ART.5° DE LA LEY 18.983, ACREDITA QUE LA ENTREGA DE MERCADERIAS O SERVICIOS(S) PRESTADO(S) HA(N) SIDO RECIBIDO(S).

**ARMADA DE CHILE**  
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**CARTA ORDEN**

**Emitida Por** : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA  
**Número** : 84916 (1759241)  
**Validez** : Desde el 05/05/2016 al 04/06/2016  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 81698900-0 HOSPITAL CLINICO PONTIFICIA UNIV.CATOLICA DE CHILE  
**Dirección** : MARCOLETA N° 367 (CONVENIO N° 1248)  
**Fono** : (02)3543777

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

**Paciente** : 4061706-K SILVIA LADY GOMEZ MALDONADO  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : 4061706-K SILVIA LADY GOMEZ MALDONADO  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** : 32055956000  
**Pedida Por** : FRANCISCO RIVAS BIDEAIN  
**Especialidad** : MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código          | Cant | Descripción | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|-----------------|------|-------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0009920002      | 1    | EXAMENES    | 86201  | 64651          | 0       | 21550   |
| TOTAL GENERAL : |      |             | 86201  | 64651          | 0       | 21550   |

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