

UC CHRISTUS SERVICIOS CLÍNICOS S.A.

CLÍNICA - ARRIENDO DE BOX

R.U.T.: 99.573.490-7

CAMINO EL ALBA 12351

LAS CONDES - SANTIAGO

TELÉFONO: (56-2) 2754 8700 - FAX: (56-2) 2754 8724

OFICINA DE FACTURAS

26 DIC. 2017

DEPTO. ABASTECIMIENTO

RUT : 99.573.490-7

FACTURA ELECTRÓNICA

N° 114716

S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE



Red de Salud
UC • CHRISTUS



Nombre : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Dirección : Avenida MICHIMALONGO SN
R.U.T. : 61.102.025-2
Giro : HOSPITALES Y CLINICAS

Fecha de Emisión : 15-12-2017
Fecha de Vencimiento : 14-01-2018
Comuna : Talcahuano
Ciudad : TALCAHUANO

Cantidad	Detalle	Exento	Afecto	Total
1			33.466	33.466

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipos Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
1		
Paciente:		
Cuenta:		
39.825.-		
TOTAL \$ Veinta y Nueve Mil Ochocientos Veinticinco		

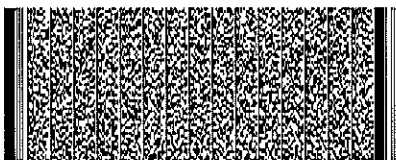
Emitido por: CCAYUPE

11 FEB 2018

53211.99.060.0000 (9.00)
21522 11 90 8060

MONTO EXENTO	0
MONTO NETO	\$ 33.466
IVA 19 %	\$ 6.359
TOTAL	\$ 39.825

Powered by
Paperless



Timbro Electrónico SII
Res. 80 del 2014. - Verifique documento: www.sii.cl

ucchristus.cl

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 : 100710 (1994872)
Validez : Desde el 29/11/2017 al 29/12/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 81698900-0 HOSPITAL CLINICO PONTIFICIA UNIV.CATOLICA DE CHILE
Dirección : MARCOLETA N° 367 (CONVENIO N° 1248) - SANTIAGO
Fono : 2-23543000

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : ERIK QUEVEDO LANGENEGGER
Especialidad : ENDOCRINOLOGIA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	39825	19913	0	19912
TOTAL GENERAL :			39825	19913	0	19912

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 S/N
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:

Ficha Clínica: