

UC CHRISTUS SERVICIOS CLÍNICOS SpA.

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 PARTE

- 2 ENE. 2018

DEPTO. ABASTECIMIENTO

RUT : 99.573.490-7

FACTURA ELECTRÓNICA

Nº 115710

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 : 27-12-2017
Fecha de Vencimiento : 26-01-2018
Comuna : Talcahuano
Ciudad : TALCAHUANO

Cantidad	Detalle	Exento	Afecto	Total
1			95.382	95.382

1 1 ENE 2018

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipos Fondos

ITEM

TAREA

MONTO

Paciente:

Cuenta:

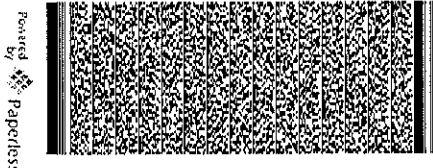
SON: Ciento Trece Mil Quinientos Cincos

Emitted por: CCAYUPE

TOTAL \$ 113.505.-

53211, \$ 060.0000 (9101)
2132 " 950 8060

MONTO EXENTO	0
MONTO NETO	\$ 95.382
IVA 19 %	\$ 18.123
TOTAL	\$ 113.505



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

ucchristus.cl

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**Emitida Por : **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA**Número : **100930 (1998867)**

Validez : Desde el 11/12/2017 al 10/01/2018

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 : 
Parentesco : **SI MISMO**
Repartición : **HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA**
Responsable : 
Institución : **ARMADA**
NPI : 
Pedida Por : **ALVARO LLANCAQUEO VALERI**
Especialidad : **MEDICINA INTERNA INFECTOLOGIA**

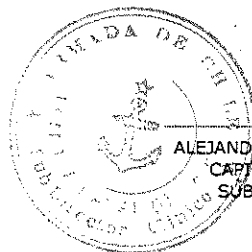
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	113505	113505	0	0
TOTAL GENERAL :			113505	113505	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
BeneficiarioALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICOEstimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.**INFORME MEDICO**

Paciente:



Ficha Clínica: