

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 PARTES

- 2 ENE. 2018

DEPTO. ABASTECIMIENTOS

RUT : 99.573.490-7

FACTURA ELECTRÓNICA

Nº 115611

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 : 26-12-2017  
Fecha de Vencimiento : 25-01-2018  
Comuna : Talcahuano  
Ciudad : TALCAHUANO

L

| Cantidad     | Detalle    | Exento | Afecto | Total  |
|--------------|------------|--------|--------|--------|
| 1            | [REDACTED] |        | 68.899 | 68.899 |
| 11 ENE. 2018 |            |        |        |        |

**EGRESOS**

CODIGO LU.RP : 2010

Nº CHEQUE : .....

Fecha CHEQUE : .....

Tipic Fondos : .....

| ITEM     | TAREA | MONTO    |
|----------|-------|----------|
| 11       |       |          |
|          |       |          |
|          |       |          |
|          |       |          |
| TOTAL \$ |       | 81.990.- |

Prescritor: .....

Revisor: .....

33211.99.060.8899 (9001)

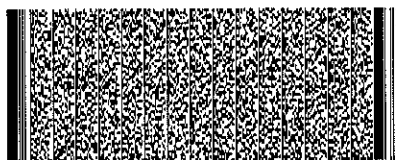
21522.11.950.8060

SON: Ochenta y Un Mil Novecientos Noventa

Emitido por: CCAYUPE

|              |           |
|--------------|-----------|
| MONTO EXENTO | 0         |
| MONTO NETO   | \$ 68.899 |
| IVA 19 %     | \$ 13.091 |
| TOTAL        | \$ 81.990 |

Powered by  
Paperless



Timbre Electrónico SII  
Res. 80 del 2014. - Verifique documento: [www.sii.cl](http://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** : 100970 (1999487)  
**Validez** : Desde el 12/12/2017 al 11/01/2018  
**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** : [REDACTED]  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : ESCUELA DE GRUMETES ALEJANDRO NAVARRETE CISTERNA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DR. PATRICK DELUCCHI W.  
**Especialidad** : MED. GENERAL

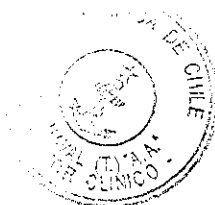
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código                 | Cant | Descripción | PRECIO | FOSAN/C.FISCAL | FOM/FOS | A Pagar |
|------------------------|------|-------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0000301024             | 1    | FACTOR V    | 81990  | 40995          | 28696   | 12299   |
| <b>TOTAL GENERAL :</b> |      |             | 81990  | 40995          | 28696   | 12299   |

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: