

Señor(es) : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA

Teléfono :

R.U.T. : 61.102.025-2

Giro : SALUD

Dirección : MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS

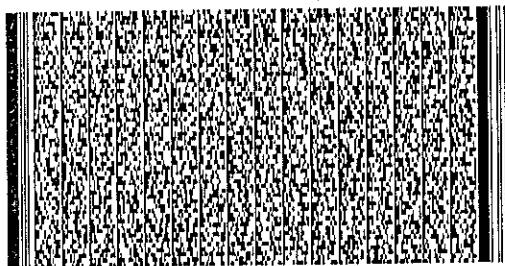
Comuna : TALCAHUANO

Ciudad : TALCAHUANO

Referencia :

Item	Código	Descripción	U.B.I.	Cantidad	Precio Unit.	Valor Desc.	Valor
1	1	PRESTACION MEDICA AMBULATORIA.- 06 BONOS.-	UN	1,00	132.153,00	0,00	132.153
ESTADOS							
CÓDIGO U.L.R.P.		2040					
Nº CHEQUE							
Fecha Cheque							
Tipo Fondos							
ITEM	YER	MONTO					
11							
TOTAL		132.153					

SON: CIENTO TREINTA Y DOS MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS.--



Timbre Electrónico S.L.L.

Resolución 80 del 22/08/2014 Verifique Documento: <http://www.sll.cl>

Exento: \$ 132.153 Total: 132.153

Observaciones:

Cancelado por :

Nº 07566

CTA. №1 22-095952-0

AFILIADO

FIGUEROA

APPELLIDO PATERNO

MELLADO

APELLIDO MATERNO

TULIO

NOMBRES

R.U.T.

5.792.232=K

PARENTESCO

CARGA

0	1
---	---

01/Si Mismo 02/Cónyuge 03/Hijo 04/Padre

PACIENTE

APPELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

R.U.T.

[illegible]

Imprenta Insignia, Base Naval - Thno.

Professional
Institución

INMOBILIARIA INVERBALUD S.A.

Especialidad

HOSPITAL

R.u.t.:

76.046.416-3

TOTAL

BONIFIC.

A PAGAR

FECHA

TELEFONO 98020630

FIRMA IMPONENTE

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

Orlando Bustamante P.
MEDICINA CURATIVA

NOTA: EXCLUSIVO INSTITUCIÓN O PROFESIONAL
EXCLUSIVO CALA O CÍRCULOS

ORIGINAL DEPART SALUD (ENVIAR CON COBRANZA)

ORIGINAL DEPART SALUD (ENVIAR CON COBRANZA)
1º COPIA PROF. O INST.
2º COPIA ARCHIVO

ORIGINAL DEPART SALUD (ENVIAR CON COBRANZA)
1º COPIA PROF. O INST.
2º COPIA ARCHIVO

Nº 06604

CTA. 224 076518-0
Nº1

AFILIADO

RIADI

APELLIDO PATERNO

MATUS

APELLIDO MATERNO

GAMALIEL

NOMBRES

R.U.T.

7354174-3

PARENTESCO

CARGA

702

01/Si Mismo 02/Cónyuge 03/Hijo 04/Padre

PACIENTE

GROLMUS

APELLIDO PATERNO

VIDELA

APELLIDO MATERNO

VILMA

NOMBRES

R.U.T.

8	.	1	9	9	1	3	4	-	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

[illegible]

Imprenta Insignia, Base Naval - Tbnno.

Profesional
Institución

INMOBILIARIA INVERSAUD. S.A

Especialidad

HOSPITAL

R.u.t.:

76046416-3

~~TOTAL~~

BONIFIC.

A PAGAR

FECHA

TELEFONO

~~7851544~~

~~FIRMA IMPONENTE~~

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

NOTA: EXCLUSIVO INSTITUCIÓN O PROFESIONAL
EXCLUSIVO CAJA O CIRCULOS

ORIGINAL DEPART SALUD (ENVIAR CON COBRANZA)
1º COPIA PROF. O INST.
2º COPIA ARCHIVO

ORIGINAL DEPART SALUD (ENVIAR CON COBRANZA)
1º COPIA PROF. O INST.
2º COPIA ARCHIVO

Nº 07615

CTA. 22-092721-0

AFILIADO

SANHUEZA

APELLIDO PATERNO

TUREUNA

APELLIDO MATERNO

MIGUEL

NOMBRES

R.U.T.

7	.	3	4	3	2	1	8	-	8			
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

PARENTESCO

CARGA

0	7
---	---

01/Si Mismo 02/Cónyuge 03/Hijo 04/Padre

PACIENTE

APELLIDO PATERNO

APPELLIDO MATERNO

NOMBRES

R.U.T.

[illegible]

Imprenta Insignia, Base Naval - Thno.

Profesional
Institución

INMOBILIARIA INVERSALUD. S.A

Especialidad

HOSPITAL

R.u.t.: 76046416-3

TOTAL

BONIFIC.

A PAGAR

FECHA

TELEFONO

FIRMA IMPONENTE

NOTA: EXCLUSIVO INSTITUCIÓN O PROFESIONAL
EXCLUSIVO CAJA O CIRCULOS

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

ORIGINAL DEPART SALUD (ENVIAR CON COBRANZA)
1º COPIA PROF. O INST.
2º COPIA ARCHIVO