



**MEGASALUD S.A.**

GIRO: CENTRO MEDICO  
 CASA MATRIZ: PEDRO FONTOVA N° 6650  
 TELEFONO: 4256000 - HUECHURABA - SANTIAGO  
 WEB: WWW.MEGASALUD.CL

R.U.T.: 96.942.400-2  
 Factura No Afecta o Exenta  
 Electronica  
 N°:001108015

S.I.I - SANTIAGO NORTE

Fecha	: 30-06-2015	Comuna	: Talcahuano
Señor (es)	: SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR	Ciudad	: Talcahuano
R.U.T.	: 61.102.025-2	Forma de Pago	:
Giro	: HOSPITALES Y CLINICAS	Vencimiento	: 30-06-2015
Dirección	: Michimalongo s/n Las Canchas	Contacto	: 0

Tipo Doc. Ref.	Num. Ref.	Fec. Doc. Ref. :
Liquidación Manual	Manual 880	30-06-2015

Cantidad	Descripción	Precio	Dcto.	Total
1	Valdivia Medico-Descuento: \$-Tipo: Manual	46.000		46.000

**EGRESOS**

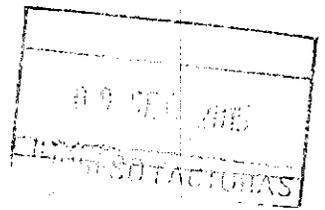
CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha Criterio

Tipo Fondos

FECHA	TARIFA	MONTO
11		



53211.01.060.8900 (9001)  
 2152.11 950.2060

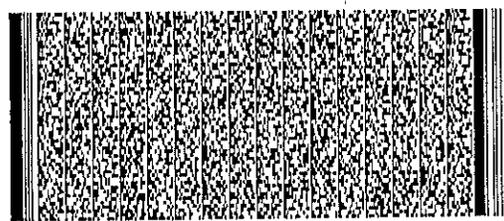
TOTAL Observaciones : 46.000.	Descuento :	Exento :	46.000
	Recargo :	Total :	46.000
	Otros Imp. :		

Nombre \_\_\_\_\_

Rut \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Recinto \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

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 o) DEL ART. 5° DE LA LEY 19.983, ACREDITA QUE LA ENTREGA DE MERCADERIA(S) O SERVICIO(S) PRESTADO(S) HA(N) SIDO RECIBIDO(S).



1908015

Armada de Chile  
Dirección de Sanidad

**CARTA ORDEN**

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
Número : 17146 (1637161)  
Validez : Desde el 22/06/2015 al 22/07/2015  
Tipo : AMBULATORIA

**A : 96942400-2 MEGASALUD S.A.**  
Dirección : AVENIDA PEDRO FONTOVA N° 6650 - HUECHURABA - STGO.  
Fono : 2925000

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

Paciente : 8891961-0 LUIS PEDRO . ALVES GARCIA  
Parentesco : SI MISMO  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : 8891961-0 LUIS PEDRO . ALVES GARCIA  
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
N° CUENTA : 22099455000  
Pedida Por : DR. JULIO BUSTOS  
Especialidad : ESP. OFTALMOLOGIA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0000101526	1	CONSULTA OFTALMOLOGICA	20336	15252	0	5084
<b>TOTAL GENERAL :</b>			20336	15252	0	5084

Nota: 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.



CRISTIAN DIAZ TRIVIÑO  
TENIENTE 1° LT  
SUBJEFE

**Armada de Chile**  
Dirección de Sanidad

**CARTA ORDEN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 17154 (1637300)  
**Validez** : Desde el 22/06/2015 al 22/07/2015  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 96942400-2 MEGASALUD S.A.  
**Dirección** : AVENIDA PEDRO FONTOVA N° 6650 - HUECHURABA - STGO.  
**Fono** : 2925000

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

**Paciente** : 23984054-K MATIAS AGUSTIN JARA ALVAREZ  
**Parentesco** : HIJOS  
**Repartición** : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA  
**Responsable** : 16664611-1 JOSE ENRIQUE JARA SANTI  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : 525510-4  
**Pedida Por** : RODRIGO MARQUEZ MARNICH  
**Especialidad** : CIRUGIA GENERAL

**Se Solicita otorgar los siguientes servicios :**

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	12832	6416	0	6416
<b>TOTAL GENERAL :</b>			12832	6416	0	6416

**Nota:** 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.**



*(Handwritten signature)*  
CRISTIAN DIAZ TRIVIÑO  
TENIENTE 1° LT  
SUBJEFE

**Armada de Chile**  
Dirección de Sanidad

**CARTA ORDEN**

**Emitida Por** : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA  
**Número** : 17153 (1637272)  
**Validez** : Desde el 22/06/2015 al 22/07/2015  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 96942400-2 MEGASALUD S.A.  
**Dirección** : AVENIDA PEDRO FONTOVA N° 6650 - HUECHURABA - STGO.  
**Fono** : 2925000

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

**Paciente** : 8154784-K VICTOR GUILLERMO OSSES RIVAS  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : SIN REPARTICION  
**Responsable** : 8154784-K VICTOR GUILLERMO OSSES RIVAS  
**Institución** : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA  
**N° CUENTA** : 22092586000  
**Pedida Por** : RODRIGO MARQUEZ MARNICH  
**Especialidad** : CIRUGIA GENERAL

**Se Solicita otorgar los siguientes servicios :**

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	12832	9624	0	3208
<b>TOTAL GENERAL :</b>			12832	9624	0	3208

**Nota:** 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.**



*(Handwritten signature)*  
CRISTIAN DIAZ TRIVIÑO  
TENIENTE 1° LT  
SUBJEFE