



CLINICA ALEMANA DE VALDIVIA S.A.
CLINICA HOSPITALARIA, ADMINISTRACION Y EXPLOTACION
HOSPITALES, CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

Calle Beauchef 765 - Casilla 38 - A
Teléfonos: (63) 246100 - 246282
e-mail: facturacioncav@alemana.cl
VALDIVIA-CHILE

R.U.T.: 76.555.870-0
FACTURA ELECTRONICA
Nº 34296

S.I.I.- VALDIVIA

Fecha de Emision
18 de JUNIO de 2015

Señor (es) HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA	Teléfono 41-2743183	R.U.T. 61.102.025-2	Fecha Venc. --
Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS	Comu/ Ciudad Talcahuano -TALCAHUANO	Giro SERVICIOS MEDICOS	

POR LA ATENCION DE			Tipo paciente
Codigo Paciente Codigo no Informado	Pieza- Cama	Desde el	Hasta el

CC	Detalle	Sub Total	Exento	Afecto
2	Exámenes y Procedimientos	15.393	0	15.393
MOTIVO : Cobro de Atención Ambulatoria - AT PACIENTE: PABLO REBOLLEDO RIVAS OP: 1504001964, 1505001289 (EXAMEN DE LABORATORIO)				

20 AGO. 2015
IMPRESO FACTURAS

SON: DIECIOCHO MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO Pesos

Total Exento	Total Afecto	I.V.A	Total Factura
0	15.393	2.925	18.318

Emitido por: CAV_ANANCO

18.318

Al pagar con cheque, sírvase hacerlo a nombre de cruzándolo y borrando las palabras "a la orden" y al "portador", sólo la cancelación de la factura original es válida.

EGRESOS

CODIGO UURP 2010

Nº CHEQUE

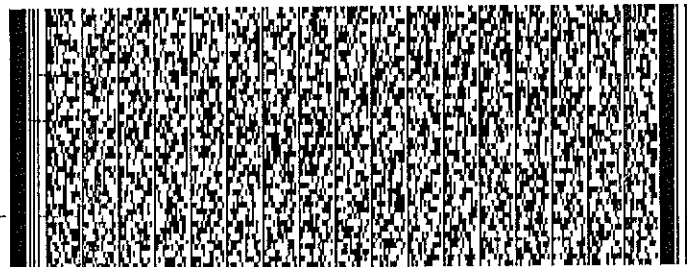
Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
------	-------	-------

11

TOTAL \$ 18.318.-



Timbre Electronico SII

RES.198 del 2010 - Verifique documento: www.sii.cl

53211. 21. OCT. 2010 (9100)
21522. 11. 09.10 2010

Armada de Chile
Dirección de Sanidad

CARTA ORDEN

Emitida Por : **GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA**
Número : **17169 (1637993)** 
Validez : Desde el 23/06/2015 al 23/07/2015
Tipo : AMBULATORIA

A : 76555870-0 CLINICA ALEMANA DE VALDIVIA S.A.
Dirección : BEAUCHEF N° 765
Fono : (43)246237

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

Paciente : 12300660-7 PABLO MAURICIO REBOLLEDO RIVAS
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 12300660-7 PABLO MAURICIO REBOLLEDO RIVAS
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : 22122846000
Pedida Por : DR. SERGIO MERINO
Especialidad : ENDOCRINOLOGO

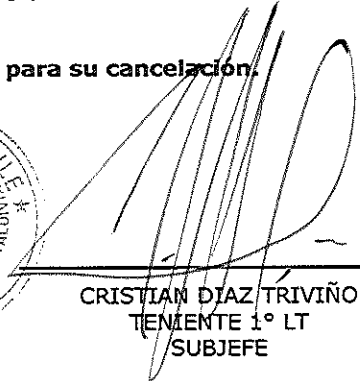
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	18318	13739	0	4579
TOTAL GENERAL :			18318	13739	0	4579

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 DÍAZ TRIVIÑO
TENIENTE 1° LT
SUBJEFE