

Dirección:
Av. Gabriela Mistral 01955
Temuco - Temuco
Telefono: 2310282

R.U.T.: 96.774.580-4

FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA

Nº 48653

S.I.I. - TEMUCO

Temuco, 31 de diciembre de 2015

Señor(es) : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
R.U.T. : 61.102.025-2
Giro : SALUD
Dirección : MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS
Comuna : TALCAHUANO Ciudad : TALCAHUANO
Referencia :
Teléfono :

Item	Código	Descripción	U.M	Cantidad	Precio Unit	Valor Dcto	Valor
1	1	PRESTACION MEDICA AMBULATORIA 07 BONOS	UN	1,00	81.021,00	0,00	81.021

EGRE

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

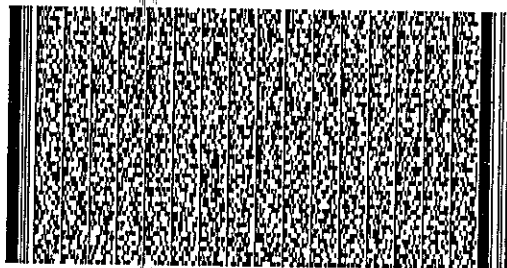
Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

TOTAL \$ 81.021.-

53211 99.060.0000 (9501)
21522 11.950.0060.

SON: OCHENTA Y UN MIL VEINTIUNO PESOS.--



Timbre Electronico S.I.I.

Resolución 80 del 22/08/2014

Verifique Documento: <http://www.sii.cl>

Exento: \$ 81.021 Total: 81.021

Observaciones:

Cancelado por :

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

Nº 08623

CTA.

22	-	05	24	08	-	0			
----	---	----	----	----	---	---	--	--	--

№1

AFILIADO

JENO
APELLIDO PATERNO

MATAMALA
APELLIDO MATERNO

LUIS

R.U.T.

3454272-4									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PARENTESCO

CARGA

0	1
---	---

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

PACIENTE

APellido Paterno

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

R.U.T.

[illegible][illegible]

Imprenta Insignia, Base Naval - Thno.

Professional
Institución

Profesional INMOBILIARIA INVERSALUD.

Especialidad

R.u.t.: 76 046416-3

TELEFONO

~~652567~~

FIRMA IMponente

NOTA: EXCLUSIVO INSTITUCIÓN O PROFESIONAL
EXCLUSIVO CAJA O CIRCULOS

TOTAL

BONIFIC.

A PAGAR

16-12-2015

FECHA

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

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

Nº 08609

CTA. 22-107285-0

AFILIADO

TORO

APELLIDO PATERNO

ZUÑIGA

APELLIDO MATERNO

JOSE MIGUEL

NOMBRES

R.U.T.

8932071-2

PARENTESCO

CARGA

102

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

PACIENTE

ALVAREZ

APELLIDO PATERNO

REINOSO

APELLIDO MATERNO

MIRIAN

NOMBRES

R.U.T.

8747799-1

[illegible]

Imprenta Insignia. Base Naval - Thno.

Professional
Institución

INMOBILIARIA INVERSALUD. S.A.

Especialidad **HOSPITAL**

R.U.t.: 76046416-3

TOTAL

12.147

BONIFIC.

12147

A PAGAR

①

10-12-2015

FECHA

TELEFONO

2607972

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

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

Nº 08599

NOMBRES

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

NOMBRES

7	.	2	4	3	.	3	4	6	-	7			
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--

ARMADA DE CHILE
HOSPITAL NAVAL (T.) "A.A."
VALIDA SOLO
ATENCION AMBULATORIA

FECHA

CIRCUITO DE FUERZAS ARMADAS
EN RETIRO DE LA DEFENSA
NACIONAL DE TEMUCO

MEDICINA CURATIVA

Orlando Bustamante P.
MEDICINA CURATIVA

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

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 08538

CTA. №1 22-104853-4

AFILIADO

PARTAL

APPELLIDO PATERNO

TORRES

APELLIDO MATERNO

GERARDO

NOMBRES

R.U.T.

7	.	3	8	4	.	7	3	9	-	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PARENTESCO

CARGA

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

PACIENTE

VALFENZO EIA

APELLIDO PATERNO

202E7

APELLIDO MATERNO

MAZ' A ENI L'A

NOMBRES

R.U.T.

1	0	.	2	3	2	.	8	7	2	-	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

[illegible]

Imprenta Insignia. Base Naval - Thno.

Profesional
Institución

INMOBILIARIA INVERSAUD

Especialidad

~~HOSPITAL~~

R.u.t.: 76046416-3

TOTAL

BONIFIC.

A PAGAR

30-1	2015
------	------

FECHA

TELEFONO

93004814

FIRMA IMPONENTE

NOTA: EXCLUSIVO INSTITUCIÓN O PROFESIONAL
EXCLUSIVO CAJA O CIRCULOS

Cecilia Lázcano Fernández

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

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

NOTA: EXCLUSIVO INSTITUCIÓN O PROFESIONAL

EXCLUSIVO CAJA O CIRCULOS

ORIGINAL DEPART SALUD (ENVIAR CON COBRANZA)

2º COPIA ARCHIVO

NOMBRE FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO

FIRMA IMPONENTE

Orlando Bustamante P.
MEDICINA CURATIVA

TELEFONO 82605829

FECHA

07	12	015	
----	----	-----	--

76-046-416-3

Especialidad

HOSPITAL

Institution

~~INMOBILIARIA INVERSAUD S.A.~~

Impressa insignis Base Naval - Thno.

ARMADA DE CHILE	HOSPITAL NAVAL (T) "A.A."	VALIDA SOLO	ATENCION AMBULATORIA
-----------------	---------------------------	-------------	----------------------

[illegible]

R.U.T.

APELIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

PACIENTE

R.U.T.

PARENTESCO

01/01/2011

CARGA

APÉLIDO PATERNO

APELIDO MATERNO

NOMBRES

AFILIADO

Cód.: 46868-6

RUT: 61.102.025-2

ARMADA DE CHILE
SISTEMA DE SALUD NAVAL
Hospital Naval (T.) "A.A."

ORDEN DE ATENCION A:

010980 dN

099 82 11