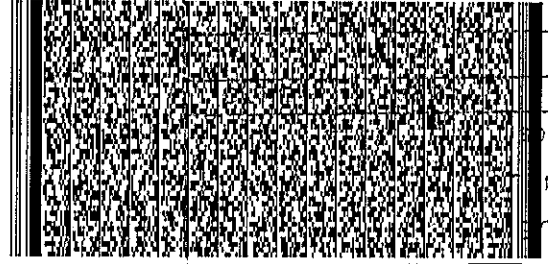


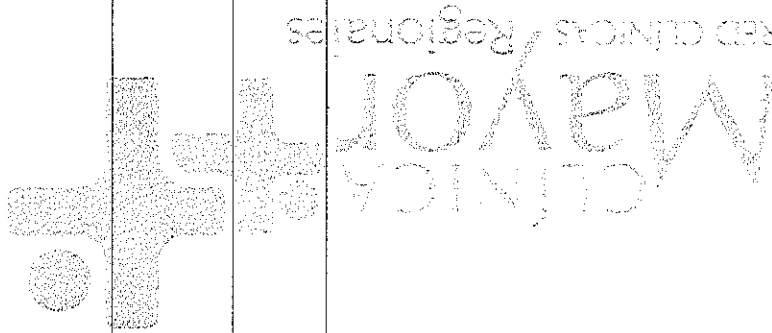
53211.99.060.0000 (no)
21522 11 940 0060.

TOTALS		18678
Verifique Documento: http://www.sic.cl		
Resolución 80 del 22/08/2014		
Timbre Electrónico S.L.		
ITEM		11
Tipo Fondo		
Fecha Ch		
Nº CHECK		



CON DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS.--

Item	Código	Descripción	U.M	Cantidad	Precio Unit.	Valor Desc.	Valor
1	1	PRESTACION MEDICA AMBULATORIA PACIENTE MANOSALVA MUÑOZ ANDRES	UN	1.00	19.878,00	0.00	19.878
REGRESOS							

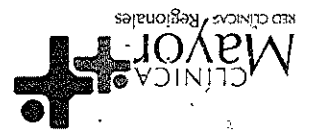


Referencia :	Señores) : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Comuna : TALCAHUANO	R.U.T. : 61.102.025-2
Dirección : MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS	Giro : SALUD
Ciudad : TALCAHUANO	7
Teléfono :	

Temuco, 22 de junio de 2016
S.L. - TEMUCO

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

HOSPITAL
Inmobiliaria Inversalud SPA



R.U.T.: 96.774.580-4
FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA
Nº 49475

ARMADA DE CHILE
DIRECCION GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCION

Emitida Por : CAPITANIA DE PUERTO DE PANGUIPULLI
Número : 259 (1751397)
Validez : Desde el 18/04/2016 al 18/05/2016
Tipo : AMBULATORIA

A : 96774580-4 INMOBILIARIA INVERSAUD S.P.A (CLINICA U. MAYOR)
Direccion : AVENIDA GABRIELA MISTRAL Nº 01955 - TEMUCO
Fono : (45)732389

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

Paciente : 5863069-1 ANDRES BALDOMERO MANOSALVA MUÑOZ
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 5863069-1 ANDRES BALDOMERO MANOSALVA MUÑOZ
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : 22083606000
Pecida Por : RODRIGO MARQUEZ MARNICH
Especialidad : CIRUGIA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101549 1		CONSULTA TRAUMATOLOGIA	19878	14909	0	4969
		TOTAL GENERAL :	19878	14909	0	4969

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut:61102025-2
Direccion MICHEMALONGO 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

IGNACIO ORTIZ
CAPITAN DE PUERTO LA
TENIENTE 1

