



SERVICIOS MÉDICOS SANTA MARÍA LTDA.

Servicios Ambulatorios de Salud.

Avda. Santa María 0410

Fono: 913 0000

Providencia - Santiago

OFICINA DE PARTES

25 OCT. 2016

DEPTO. ABASTECIMIENTO

28 OCT. 2016

INSGERHAPTHEAS

R.U.T.: 77.200.240-8

**FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRÓNICA
N° 397056**

S.I.L. - SANTIAGO ORIENTE

Santiago 11 de octubre de 2016

Sr.(es) : HOSPITAL NAVAL ALMTE ADRIAZOLA
Dirección : MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS
Ciudad : TALCAHUANO
Giro : HOSPITAL
Atención a :
Observación : CONVENIO AMBULATORIO

Rut : 61.102.025-2
Comuna : TALCAHUANO
Fono :
Fecha de Vencimiento : 2016-11-20

ROL	DESCRIPCIÓN	TOTAL
	OYARZUN BUSTAMANTE TRINIDAD PASCAL	40.700

EGRESOS	
CODIGO LU.RP 2010	
N° CHEQUE	
Fecha CHEQUE	
Tipo Fondos	
ITEM	TAREA
MONTO	

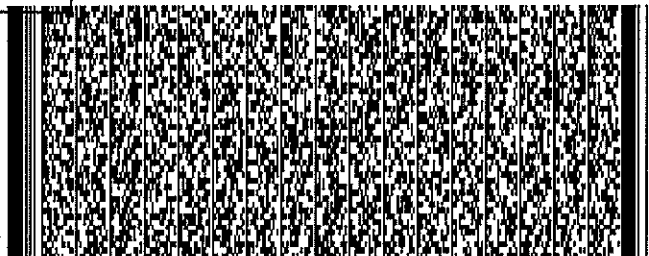
53211. 99.060.0000 (501)

21522. 11 990 0060.

SON: CUARENTA MIL SETECIENTOS PESOS.

TOTAL \$ 40.700.

EXENTO	40.700
TOTAL	40.700



Timbre Electronico SII

Res. 14 de 2009 - Verifique documento: www.sii.cl

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 89311 (1819722)
Validez : Desde el 30/09/2016 al 30/10/2016
Tipo : AMBULATORIA

A : 77200240-8 SERV.MED.STA.MARIA LTDA.
Dirección : AV. SANTA MARIA N° 0410 PROVIDENCIA - SANTIAGO
Fono : 2-29130000

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

Paciente : 25405572-7 TRINIDAD PASCAL OYARZUN BUSTAMANTE
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 16039040-9 JAVIER ANTONIO OYARZUN MONTOYA
Institución : ARMADA
NPI : 566009-2
Pedida Por : SANDRA CASTRO SEPULVEDA
Especialidad : MED. INFANTIL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101003	1	CONSULTA ESPECIALIDAD	40700	20350	0	20350
TOTAL GENERAL :			40700	20350	0	20350

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.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO