



SERVICIOS MÉDICOS
SANTA MARÍA LTDA.

Servicios Ambulatorios de Salud.
Avda. Santa María 0410
Fono: 461 2000
Fax: 461 3513
Sucursal:
Calle del Arzobispo 0665
Fono: 461 2150 - 461 2151
Providencia - Santiago

R.U.T.: 77.200.240-8
FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRÓNICA
N° 394927

S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE

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 : 2016-09-25

Santiago 17 de agosto de 2016

ROL	DESCRIPCIÓN	TOTAL
	OYARZUN BUSTAMANTE TRINIDAD PASCAL	10.300

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

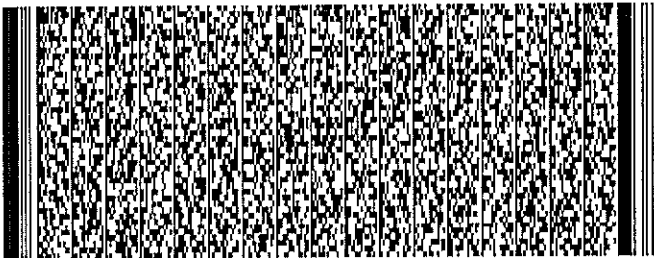
Tipc Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

53211. 99.060.0000 (9901)
21522 11 910 0060.

REFERENCIAS
10.300
10.300 DÍZ MIL TRESCIENTOS PESOS.

EXENTO	10.300
TOTAL	10.300



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 : 87416 (1792223) (Comp)
Validez : Desde el 27/07/2016 al 26/08/2016
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 : PAULINA PEÑARANDA PEDEMONTE
Especialidad : MEDIC INFANTIL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	159055	79528	55669	23858
TOTAL GENERAL :			159055	79528	55669	23858

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