



**HOSPITAL CLÍNICO
DE LA FUERZA AÉREA**
"GRAL. DR. YAZIGI JAUREGUI"

GIRO: GOBIERNO CENTRAL
HOSPITALES Y CLÍNICAS
AV. LAS CONDES 8631 - LAS CONDES
TELÉFONO: 29766000 / FAX: 29766212

R.U.T.: 61.103.007-K

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRÓNICA**

Nº 33.913

S.I.I. - SANTIAGO ORIENTE

SEÑOR(ES) : HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
DIRECCIÓN : MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS TALCAHUANO
GIRO : SIN DEFINIR
FECHA EMISIÓN : 15-02-2017



TELÉFONO :
COMUNA : VINA DEL MAR
RUT : 61.102.025-2

a: HOSPITAL CLÍNICO DE LA FUERZA AÉREA DE CHILE

CANTIDAD	ARTÍCULO / DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO	TOTAL \$
	COBRO DE PRESTACIONES AMELIA DEL ROSARIO FUENTEALBA BRAVO TIPO DE ENCUENTRO: Urgencias PERIODO: 10-02-2017-10/02/2017 ADM. FIN.SIST. DE SALUD ARMADA / " HOSPITAL FACH "/>		35.063

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

SON treinta y cinco mil sesenta y tres pesos

53211. 45. 030. 0000 (9001)
21522. 11 950. 0050

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

TOTAL \$ 35 063.-

EXENTO	35.063
TOTAL	35.063



ARMADA DE CHILE

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

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : **MODULO AFISAN HOSPFACH SANTIAGO**
Número : **37231 (1870811)**
Validez : Desde el 13/02/2017 al 15/03/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A HOSPITAL CLINICO FUERZA AEREA DE CHILE

Dirección: **AV. LAS CONDES 8631 Of. SANTIAGO**

Fono : **2-29766000**

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

Paciente : 24379318-1 AMELIA DEL ROSARIO FUENTEALBA BRAVO
Parentesco : HIJOS
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : 16764285-3 HUGO EDUARDO FUENTEALBA QUIROZ
Institución : ARMADA
NPI : 3309-3
Pedida Por : SIN DATOS DISPONIBLES
Especialidad :

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
101015	1	CONSULTA URGENCIA	27000	13500	0	13500
8000001	1	FÁRMACOS E INSUMOS (URGENCIA NO DERIVA EN HOSPITALIZACION)	3713	1857	0	1856
9920002	1	EXAMENES	4350	2175	1522	653
TOTAL GENERAL :			35063	17532	1522	16009

Facturar al **HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA** Rut: **61102025-2** Dirección
MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario



KARLA PEREZ MOLINA
CABO 2° (SN)
ENCARGADO MODULO AFISAN
HOSPFACH

CANCELA AL CREDITO