



**HOSPITAL CLINICO
HERMINDA MARTIN**
HOSPITAL
FRANCISCO RAMIREZ 10, CHILLAN

**R.U.T.: 61.607.001-0
FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRÓNICA
N° 1006**

S.I.I. - CHILLAN

Jueves 9 de febrero del 2017

R.U.T. : 61.102.025-2
Señor(es) : SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP. NAVAL ALMIRANTE
ADRIAZOLA DE TALCAHUANO
Giro : HOSPITALES Y CLINICAS
Dirección : MICHIMALONGO S-N LAS CANCHAS, TALCAHUANO

Código	Item	Cant.	P. unitario	Total item
431-01-01-04	DIA CAMA	1	15.060	15.060
431-01-03-04	EXAMENES	1	28.220	28.220
431-01-05-04	VENTA MEDICAMENTOS	1	7.206	7.206
431-01-07	TRASLADOS AMBULANCIA	1	59.740	59.740
FACTURACION A RIS PARRA CASTILLO RUT.3144976-6 BENEFICIARIA DE ARMADA DE CHILE, SEGUN ORDEN N° 92692 (1865028) POR HOSP. EN EMERGENCIA. DETALLE ANEXOS.-				

CODIGO CU.RP 2010

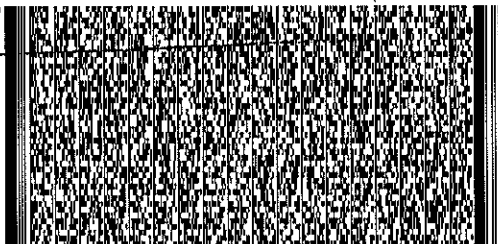
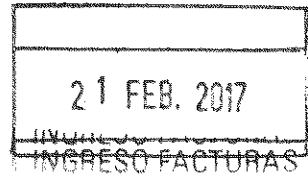
N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$ 110.226 -		

53211.96.050.0000 (9501)
21522.11 950 0050.



Timbre Electrónico SII
Resolución 80 de 2014
Verifique documento: www.sii.cl

Acuse de recibo

Nombre _____
R.U.T. _____
Fecha _____
Recinto _____
Firma _____

El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4°, y la letra c) del Art. 5° de la Ley 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio (s) prestado (s) ha (n) sido recibido (s).

Exento \$: 110.226
Total \$: 110.226

CEDIBLE

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 : **93522 (1875802)**
Validez : Desde el 01/03/2017 al 31/03/2017
Tipo : **HOSPITALIZADA**

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : **CALLE FCO.RAMIREZ Nº10 - CHILLAN**
Fono :

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

Paciente : 3144976-6 IRIS NORMA PARRA CASTILLO
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable: 3144976-6 IRIS NORMA PARRA CASTILLO
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
Nº CUENTA : 12050503000
Pedida Por : ALEJANDRA BELTRAN
Especialidad: MEDICINA INTERNA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000202301	1	DIA CAMA HOSPITALIZACION INTERMEDIO ADULTO	15060	11295	3765	0
0009920002	1	EXAMENES	28220	21165	7055	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	7206	5405	1801	0
0002401023	1	TRASLADOS INTERURBANOS DENTRO DE UNA MISMA REGION	59740	44805	14935	0
TOTAL GENERAL :			110226	82670	27556	0

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

CRISTIAN GONZÁLEZ GARFAS
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO SUBROGANTE

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.