



SERVICIOS MÉDICOS SANTA MARÍA LTDA.

Servicios Ambulatorios de Salud.
Avda. Santa María 0410
Fono: 913 0000
Providencia - Santiago

R.U.T.: 77.200.240-8

FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRÓNICA
N° 401807

17 FEB 2017

21 FEB. 2017

INGRESO FACTURAS

Santiago 07 de febrero de 2017

Sr(es) : HOSPITAL NAVAL ALMTE ADRIAZOLA
Dirección : MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS
Ciudad : TALCAHUANO
Giro : HOSPITAL
Atención a : OYARZUN BUSTAMANTE TRINID
Observación : CONVENIO HOSPITALIZADO

Rut : 61.102.025-2
Comuna : TALCAHUANO
Fono : OYARZUN BUSTAMANTE TRINID
Fecha de Vencimiento : 2017-03-17

ROL	DESCRIPCIÓN	TOTAL
	CARDIOLOGIA	112.005
	CENTRO MEDICO ADULTO	25.000

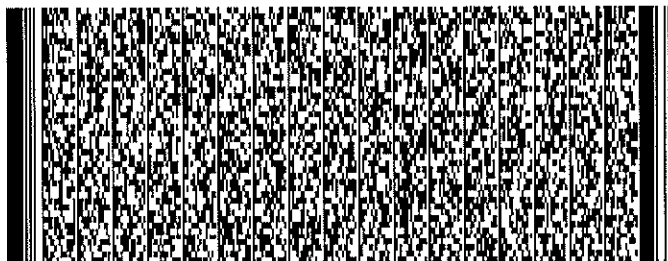
EGRESOS		
CODIGO LU.RP 2010		
N° CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Tipo Fondos		
ITEM	TAREA	MONTO
11		53211. 99.060.0000 (9001)
		2172 11 950 0060

REFERENCIAS

SON: CIENTO TREINTA Y SIETE MIL CINCO PESOS.

TOTAL \$ 137.005.-

EXENTO	137.005
TOTAL	137.005



Timbre Electronico SII

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

ARMADA DE CHILEDIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 94492 (1889335)
Validez : Desde el 03/04/2017 al 03/05/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 77200240-8 SERV.MED.STA.MARIA LTDA.
Dirección : AV. SANTA MARIA Nº 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 : VALENTINA ESPEJO GREVE
Especialidad: MEDIC INFANTIL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920002	1	EXAMENES	137005	68503	47951	20551
TOTAL GENERAL :			137005	68503	47951	20551

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

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

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

25405572-7 TRINIDAD PASCAL OYARZUN BUSTAMANTE Ficha Clínica: