



**CENTRO ORTOPEDICO
CONCEPCION LIMITADA**

Giro: ARTICULOS ORTOPEDICOS-ATENCION
MEDICA, KINESIOLOGICA Y REHABILITACION
O'HIGGINS 1230-A - CONCEPCION
eMail : CENTROORTOPEDICO@TIE.CL Telefono

R.U.T.: 78.820.040-4

FACTURA ELECTRONICA

Nº414

S.I.I. - CONCEPCION

: 242532

SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR
R.U.T.: 61.102.025-2
GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS
DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS
COMUNA TALCAHUANO CIUDAD: TALCAHUANO
CONTACTO:

Fecha Emision: 12 de Junio del 2017

15 JUN. 2017

IMPRESO EMPUB

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
-	ORTESIS MANO MUÑECA PASIV	1	38.992			38.992
	PACIENTE: RUT N° CARTA ORDEN IN- PRESUP. N°					



Timbre Electrónico SII

Res.99 de 2014 Verifique documento: www.sii.cl

MONTO NETO \$ 38.992

I.V.A. 19% \$ 7.408

IMPUESTO ADICIONAL \$ 0

TOTAL \$ 46.400

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipos Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
1		

TOTAL \$

46.400.-

53211- 98 060.0000 (9001)
21322 11 950 3060

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 : 95279 (1900538)
Validez : Desde el 27/04/2017 al 27/05/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 78820040-4 CENTRO ORTOP.CONCEPCION LTDA.
Dirección : O'HIGGINS,Nº1230,CONCEPCION
Fono : 2242532

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

Paciente :
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable :
Institución :
Nº CUENTA :
Pedida Por : ROY SMITH ROBINSON
Especialidad : MEDICO TRAUMATOLOGIA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0002301043	1	ORTESIS MANO - MUÑECA PASIVA	46400	23200	11600	11600
TOTAL GENERAL :			46400	23200	11600	11600

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