



**CENTRO ORTOPEDICO
CONCEPCION LIMITADA**

Giro: ARTICULOS ORTOPEDICOS-ATENCION
MEDICA, KINESIOLOGICA Y REHABILITACION

O'HIGGINS 1230-A - CONCEPCION

eMail: CENTROORTOPEDICO@TIE.CL Telefono

: 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:

R.U.T.: 78.820.040- 4

FACTURA ELECTRONICA

Nº407

S.I.I. - CONCEPCION

Fecha Emision: 02 de Junio del 2017

15 JUN. 2017

INBRECH EAPTHBOL

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.	%Desc.	Valor
	FERULA DIGITAL DEDO MENIQ	1	30.252			30.252
PACIENTE: RUT CARTA ORDEN N°: PRESUP. N°						
						
Timbre Electrónico SII						
Res.99 de 2014 Verifique documento: www.sii.cl						
MONTO NETO						\$ 30.252
I.V.A. 19%						\$ 5.748
IMPUESTO ADICIONAL						\$ 0
TOTAL						\$ 36.000

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipic Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

TOTAL \$

36000.

53241.99.060.8880 (901)
21522 11 990 8060

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 : **95989 (1910479)**
Validez : Desde el 19/05/2017 al 18/06/2017
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	36000	18000	9000	9000
TOTAL GENERAL :			36000	18000	9000	9000

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