

**SERVICIO DE SALUD BIO-BIO
HOSPITAL DE HU**

Giro: SALUD

12 DE FEBRERO 233 - TUCAPEL

eMail : GLADYS.GACITUA@SSBIOBIO.CL

Telefono :

OFICINA DE PARTES B.U.T.:61.607.305- 2

24 JUL. 2017

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

DEPTO. ABASTECIMIENTO

Nº75

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:

S.I.I. - LOS ANGELES

Fecha Emision: 18 de Julio del 2017

25 JUL. 2017

IMPUESTO ELECTRONICO

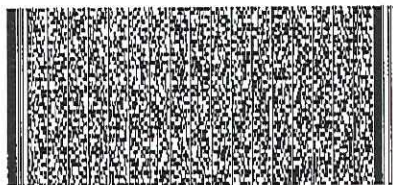
Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impcto Adic.*	%Desc.	Valor
07-02.004.007.00	Atencion Amb. particular Consulta medico	3	9.730			29.190
-	Consulta medico poli	1	9.730			9.730
-	Consulta matron	1	10.169			10.169
07-02.005.007.00	Medicamentos particular Segun detalle nomina adjunta	1	12.860			12.860
07-02.003.007.00	Examen particular Segun detalle nomina adjunta Por cobro de prestaciones efectuadas a sus beneficiarios	1	13.090			13.090

~~\$\$\$~~

IMPUESTO ADICIONAL \$ 0

EXENTO \$ 75.039

TOTAL \$ 75.039



Timbre Electrónico SII

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

EGRESOS

CODIGO CU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
1		

TOTALS \$75.039.-

53211.98.000.000 (9001)
21522 11 90 000

Fol K.

- **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 : **98101 (1942432)**
Validez : Desde el 31/07/2017 al 30/08/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607305-2 HOSPITAL ROBERTO MUÑOZ URRUTIA
Dirección : 12 DE FEBRERO Nº 233
Fono : (43)332550

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

Paciente : ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
Parentesco : **CONYUGE**
Repartición : **SIN REPARTICION**
Responsable : ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
Institución :
Nº CUENTA : ~~XXXXXXXXXXXX~~
Pedida Por : **ALEXIS VON JOHNN AGUILAR**
Especialidad : **NEUROLOGIA ADULTOS**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	4	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	38920	19460	0	19460
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	12860	6430	0	6430
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	10169	5085	0	5084
0009920002	1	EXAMENES	13090	6545	0	6545
TOTAL GENERAL :			75039	37520	0	37519

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.