



CENTRO CLINICO MILITAR
VALDIVIA

Giro: CENTRO CLINICO MILITAR
OROSTEGUI 1650- VALDIVIA
eMail : AGALLARDO@CCMVALDIVIA.CL Telefono :
247300

R.U.T.:65.273.020- 5

FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA

Nº1766

S.I.I. - VALDIVIA

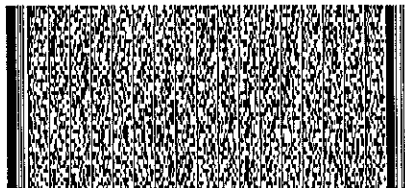
Fecha Emision: 29 de Noviembre del 2017

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

13 DIC. 2017

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impto Adic.*	%Desc.	Valor
-	MEDICINA CCMV POR ATENCIONES REALIZADAS A BENEFICIARIOS DE ESTA INSTITUCION EN NOVIEMBRE 2017	1	4.638			4.638

Forma de Pago:Crédito



Timbre Electrónico SII

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

IMPUESTO ADICIONAL	\$	0
EXENTO	\$	4.638
TOTAL	\$	4.638

EGRESOS

CODIGO CU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipc Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
11		

TOTAL \$ 4.638.-

33211. 91. 020. 0000 (910.)
21522 11 950. 0020

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : GOBERNACIÓN MARITIMA DE VALDIVIA
Número : 24859 (1985063)
Validez : Desde el 07/11/2017 al 07/12/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 65273020-5 CENTRO CLINICO MILITAR VALDIVIA
Dirección :
Fono :

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

Paciente :
Parentesco : SI MISMO
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO VALDIVIA
Responsable :
Institución : ARMADA
NPI :
Pedida Por : YARIZA LEAL MALDONADO
Especialidad : MATRONA

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000303014	1	GONADOTROPINA CORIONICA, SUB UNIDAD BETA EN SANGRE	3828	3828	0	0
0000307011	1	VENOSA EN ADULTOS	810	810	0	0
TOTAL GENERAL :			4638	4638	0	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


PEDRO SUAZO LOYOLA
SARGENTO 2º (ENF.TAC.PB.)
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI