

AUDIOMEDICAL

Comercializadora Carlos Valdivia Limitada

Giro: Otras Actividades de Servicios Personales

Casa Matriz: Avenida Nueva Providencia 1881 Oficina 913 - Providencia - Santiago

Fono: 223769189

OFICINA DE PARTES

12 JUN. 2017

DEPTO. ABASTECIMIENTO

R.U.T.: 76.422.630-5
FACTURA ELECTRONICA

N° 10303

S.I.I. - Santiago Oriente

Señor(es) : HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA	R.U.T. : 61.102.025-2
Giro : HOSPITAL	Fecha Emisión : 31/05/2017
Dirección : MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS	Fecha Vcto. : 30/06/2017
Comuna : TALCAHUANO	Forma Pago : 30 Dias
Ciudad : TALCAHUANO	Forma Pago : CON-CONCEPCION
Telefono/Contacto : 223769189	Fono: 223769189

N°	Cod. Artículo	Detalle	Cant.	U.M.	P. Unitario	Descuento	Total
01	A234	AUDIFONO BERNAFON NEVARA 1 CPX	1,00	UN	450.000,00		450.000
02	ACA92	PILA 13	12,00	UN	0,00		0
03	ACA131	SPIRA FLEX 1.3 1R	1,00	UN	0,00		0
04	ACA232	DOMO VENT. 8MM L	1,00	UN	0,00		0

EGRESOS		
CODIGO LU.RP 2010		
N° CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Tipo Fondos		
ITEM	TAREA	MONTO
1		
Referencia: Tipo Documento: GUIA DE DESPACHO ELECTRONICA Numero: 14981 Fecha: 2017-05-29		
TOTAL \$ 535.500		

5324.99.060 0880 (S.M.I.)
21522.11 950 8060

SON: QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS

Facturador en Línea		Nombre.....	Neto : 450.000
		R.U.T..... Fecha:.....	IVA (19%) : 85.500
		Recinto.....	Total : 535.500
		Firma.....	
	El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4 y la letra c) del Art. 5 de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) han sido recibido(s).		
Timbre Electrónico S.I.I. Res. 80 del 2014 - Verifique documento: www.sii.cl			CEDIBLE

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 : 95954 (1910057)
Validez : Desde el 18/05/2017 al 17/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 76422630-5 COMERCIALIZADORA CARLOS VALDIVIA E.I.R.L (AUDIOMEDICAL)
Dirección : 1 PONIENTE 1366
Fono : 032-2697194

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : CONYUGE
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : [REDACTED]
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : DR. CRISTIAN GONZALEZ
Especialidad : OTORRINOLARINGOLOGÍA

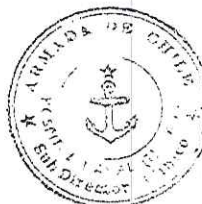
Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0002301556	1	AUDIFONO ADULTO	535500	267750	133875	133875
TOTAL GENERAL :			535500	267750	133875	133875

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.

[REDACTED]
[REDACTED]
Firma Nombre - RUN
Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO