

REF ID: A616069128

GIRO: SERVICIO PUBLICO

**FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE IVA**

RIQUELME N° 1131 - FONO: 322441

FONO-FAX: 322440

No. 4870

CASILLA 8 - D - SAN JAVIER

Fecha, 27 de MARZO De 201 7

Señor(es): HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA

Dirección: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS

Ciudad: - TALCAHUANO

Teléfono:

Cond. de Pago: _____ Vence: _____ Guía N°: _____ O. De Compra: _____

Por lo siguiente a: **HOSPITAL DE SAN JAVIER**

DEBE

CANTIDAD	DETALLE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
PACIENTE CARLOS SEPULVEDA VILLANUEVA			
DIA CAMA	07.02.001.04	56.560	56.560
EXAMENES	07.02.003.04	19.080	19.080
ATENCION AMBULATORIA	07.02.004.04	36.480	36.480
MEDICAMENTOS	07.02.005.04	96	96
			112.216

COD. SER. CONTABILIDAD Y PPTD. *

N° CHE 0997

Fecha: 01/03/2011

Tipic Fondos

MARILUZ..QUINTANA VALDES

TEMA	TECNOLOGIA CONTABILIDAD Y PPTO
------	--------------------------------

HOSPITAL SAN JAVIER

Son: CIENTO DOCE MIL DOSCIENTOS DIECISEIS.

Pesos. S.E.ú.O

NOMBRE:

RESULTS

RECINTO:

FECHA:

FIRMA

El/los/a(s) que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art 4º, y la letra c) del Art. 5º, de la ley 19.983, acredita que la entrega de mercaderías o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s):

TOTAL NETO	\$	112.216
------------	----	---------

19% IVA CO. PA. \$ 1000 TOTAL

TOTAL FACTURA \$	113.216
------------------	---------

ORIGINAL : CLIENTE ✓

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 : 93965 (1881200)
 Validez : Desde el 14/03/2017 al 13/04/2017
 Tipo : HOSPITALIZADA

A HOSPITAL DE SAN JAVIER

Dirección:

Fono :

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

Paciente : 3123556-1 CARLOS . SEPULVEDA VILLANUEVA
 Parentesco : SI MISMO
 Repartición : SIN REPARTICION
 Responsable : 3123556-1 CARLOS . SEPULVEDA VILLANUEVA
 Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
 Nº CUENTA : 22092401000
 Pedida Por : SIN DATOS DISPONIBLES
 Especialidad :

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN	FOM/FOS	A Pagar
9920004	1	FARMACOS O INSUMOS	96	72	24	0
101001	1	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	17040	12780	4260	0
202101	1	DIA CAMA HOSPITAL.MEDICI.Y ESPEC.(SALA 3 CAMA	56560	42420	14140	0
101008	1	VISITA MÉDICO TRATANTE A ENFERMO HOSPITALIZADO	19440	14580	4860	0
9920002	1	EXAMENES	19080	14310	4770	0
TOTAL GENERAL :			112216	84162	28054	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 .

Firma - Nombre - RUN -
 Beneficiario



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
 CAPITAN DE FRAGATA SN
 SUBDIRECTOR CLINICO