

INMUNOMEDICA SALUD S.A.

Prestaciones Médicas, Asesorías en Gestión Médica,
Compra y Alquiler de Inmuebles Propios o Arrendados

Casa Matriz: Castellón 313 Fono: (41) 2108200 - Concepción

Sucursales: Noguera 904, Tomé - Pedro Aguirre Cerda 1055, San Pedro de la Paz Sotomayor
401 Of. 114 Fono: 2727400, Coronel - Esmeralda 598 Fono: (41) 2559159, Arauco - Anibal
Pinto 1064 Fono: (73) 2463774, Parral - Libertad 1137 Of. 102 Fono: (42) 2256100, Chillán -
Ernesto Riquelme 242 Fono (42) 2424480, San Carlos - Nataniel Cox 125, Santiago - Marchant
Pereira 381, Local 1 Providencia-Santiago - 7 Norte 645 dpto. 1005 Viña del Mar - 7 Norte
645 Dpto. 1013 Viña del Mar - Carrera 34 La Calera

OFICINA DE EMISIÓN



R.U.T. : 76.702.540-8

**FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRÓNICA**

Nº 000008920

S.I.I. - CONCEPCION

Señor(es) : SUBSECRETARIA DE MARINA HOSPITAL NAVAL

Dirección : MICHIMALONGO-LAS CANCHAS

Comuna : TALCAHUANO

Ciudad : TALCAHUANO

Giro : HOSPITALES Y CLINICAS

Vendedor : JAVIERA MUÑOZ SAEZ

Cond.Pago : Crédito

R.U.T. : 61.102.025-2

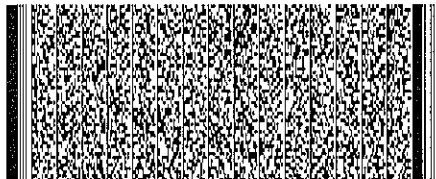
Fecha : 30-06-2017

Teléfono : 412745183

Fecha.Venc. : 30-07-2017

O.Compra :

CANT.	DESCRIPCION	P.UNITARIO	%Dcto	DESCUENTO	TOTAL
1	CINTIGRAMA CODIGO 0501117	50.000			50.000
EGRESOS					
CODIGO U.U.R.P. 2010					
CHEQUE					
500: cincuenta mil pesos.-		53211.98 060.8550 (9101)			50.000
C.Fondos		21572 11 950 8060			
DOCUMENTO "REFERENCIA"		FOLIO		FECHA	
ITEM	TAREA	MONTO	Exento \$ 50.000		
11			Total \$ 50.000		
OBSERVACIONES:					
TOTALS 50.000.-					



Timbre Electronico S.I.I.

Res. 80 de 2014 - Verifique Documento: www.sii.cl

Solución de Factura Electrónica: ESAFE de www.transtecnia.cl

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 : 96795 (1924492)
Validez : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017
Tipo : HOSPITALIZADA

A : 76702540-8 INMUNOMEDICA SALUD
Dirección : SAN MARTIN 961 interior Concepción
Fono : 41-2250913

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

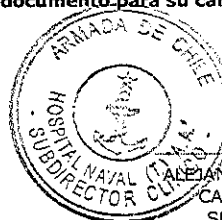
Paciente : \$
Parentesco : HIJOS
Repartición : PLANTA INDUSTRIAL ASMAR TALCAHUANO
Responsable : \$
Institución : ARMADA
NPI : \$\$\$\$\$\$
Pedida Por : PAULINA PEÑARANDA PEDEMONTE
Especialidad : MEDIC INFANTIL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000501117	1	CINTIGRAMA RENAL CON D.M.S.A.	50000	25000	25000	0
TOTAL GENERAL :			50000	25000	25000	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.



ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
 CAPITAN DE FRAGATA SN
 SUBDIRECTOR CLINICO

Firma - Nombre - RUN
 Beneficiario

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
 Agradecemos su colaboración.

 INFORME MEDICO
