

**SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
HOSPITAL BASE**

Giro: SALUD
BUERAS 1003 - VALDIVIA
eMail : LUIS.VILLA@REDSALUD.GOV.CL
Telefono :

R.U.T.:61.607.502- 0

**FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRONICA**

Nº2974

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:

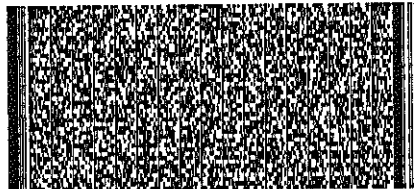
S.I.I. - VALDIVIA

Fecha Emision: 02 de Agosto del 2017

11 SET. 2017

IMPORTE FACTURAS

Codigo	Descripcion	Cantidad	Precio	%Impcto Adic.*	%Desc.	Valor
0702003004-431010304	EXAMENES PART.	1	10.960			10.960
0702004004-431010404	AT. MEDICA PART. PRESTACIONES ASISTENCIALES SEGÚN ORDENES DE ATENCION ADJUNTAS RENDICION 016	1	21.020			21.020



Timbre Electrónico SII

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

IMPUESTO ADICIONAL \$ 0
EXENTO \$ 31.980
TOTAL \$ 31.980

EGRESOS

CODIGO CURP 2010

Nº DE

Fecha Emision

Tipo Fondos

ITEM	DESCRIPCION	MONTO
11		

TOTAL \$ 31.980.

53241 99.050.0000 (9001)
21522 11 990 0000

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 : **23629 (1924651)**
Validez : Desde el 20/06/2017 al 20/07/2017
Tipo : **AMBULATORIA**

A : 61607502-0 HOSPITAL BASE DE VALDIVIA

Dirección : SIMPSON N° 850 VALDIVIA

Fono :

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : **HIJOS**
Repartición : **DIRECCION DE COMUNICACIONES DE LA ARMADA**
Responsable : [REDACTED]
Institución : **ARMADA**
NPI : [REDACTED]
Pedida Por : **ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE**
Especialidad : **MEDICO CIRUJANO**

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	10960	5480	3835	1645
0009920008	1	HONORARIOS MEDICOS	21020	10510	0	10510
TOTAL GENERAL :			31980	15990	3835	12155

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 2° (ENF.TAC.PB.)
ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI