

SERV SALUD ARAUC SUR HOSP DR ARTURO HILLERNS
LARRANAGA DE PTO SAAVEDRA
HOSPITAL

Los araucanos #42, Pto. Saavedra - Chile

25 AGO. 2017
INGRESO ELECTRONICO

R.U.T.: 61.602.299-7
FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRONICA
N° 0000009

S.I.I. - TEMUCO

Fecha Emisión : 29 de Junio de 2017
Señor(es) : Hospital NAval Almirante Adriaola
Dirección : Michimalongo s-n Las Canchas
Provincia : Concepcion
Giro :
Fecha Vencimiento : de de

R.U.T. : 61.102.025-2
Comuna : Talcahuano
Contacto :
Orden de compra :

| CANTIDAD | DESCRIPCION | DESCUENTO | PRECIO UNITARIO | TOTAL |
|----------|--|-----------|-----------------|--------|
| 1 | 0702004004 atencion ambulatoria (por atencion medica a [REDACTED] beneficiaria de vuestra institucion). | 0 | 44.150 | 44.150 |
| 1 | 0702005004 medicamentos | 0 | 2.194 | 2.194 |
| 1 | 0702003004 examenes | 0 | 23.920 | 23.920 |

EGRESOS
CODIGO CURP 2010

N° CHEQUE
SON: SETENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO pesos.-

| | |
|--------------|--------|
| MONTO EXENTO | 70.264 |
| TOTAL | 70.264 |



Timbre Electronico SII
Res. 80 de 2014 - Verifique documento: www.sii.cl

TOTALS 70.264.-

53211.99.030.0000 (9701)
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 : 23803 (1935328)
Validez : Desde el 13/07/2017 al 12/08/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61602299-7 SERV.SALUD ARAUC.SUR HOSPITAL DR. A. HILLERNS L. DE PTO. S/
Dirección : 18 DE SEPTIEMBRE N° 554
Fono : (45)634035

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

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : HIJOS
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO CARAHUE
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 |
|------------------------|------|--------------------------|--------|----------------|---------|---------|
| 0009920002 | 1 | EXAMENES | 23920 | 11960 | 8372 | 3588 |
| 0000101001 | 5 | CONSULTA MEDICA ELECTIVA | 44150 | 22075 | 0 | 22075 |
| 0008000012 | 1 | INSUMOS NO BONIFICADOS | 2194 | 0 | 0 | 2194 |
| TOTAL GENERAL : | | | 70264 | 34035 | 8372 | 27857 |

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



[Handwritten Signature]
 PEDRO SUAZO LOYOLA
 SARGENTO 2° (ENF.TAC.PB.)
 ASESOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI