

SERV SALUD ARAUC SUR HOSP DR ARTURO HILLERNS
LARRANAGA DE PTO SAAVEDRA
HOSPITAL
Los araucanos # 42, Pto. Saavedra - Chile

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

N° 0000015

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 :

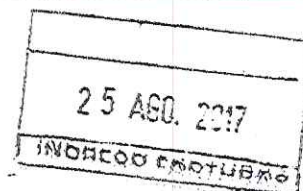
Fecha Vencimiento : de de

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 y otros profesionales a institucion), beneficiario de vuestra	0	45.680	45.680
1	0702003004 exámenes	0	5.810	5.810

EGRESOS

CODIGO LU/RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

ITEM	TAREA	MONTO
1		
TOTAL \$		51.490.-

53211. 99. 000. 0000 (901)
21522 11. 990 0000

SON: CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA pesos.-

MONTO EXENTO	51.490
TOTAL	51.490

FacturaChile



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

Nombre:
Rut:
Fecha:
Recinto:
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 servicios(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).

CEDIBLE

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 : 23806 (1935338)
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 : ~~XX~~
Parentesco : SI MISMO
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO CARAHUE
Responsable : ~~XX~~
Institución : ARMADA
NPI : ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
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
0009920008	1	HONORARIOS MEDICOS	28020	28020	0	0
0000101001	2	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	17660	17660	0	0
0009920002	1	EXAMENES	5810	5810	0	0
TOTAL GENERAL :			51490	51490	0	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.

 Firma - Nombre - RUN
 Beneficiario



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