

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° 0000014

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 :

25 AGO. 2017

INIBER PROTHAC

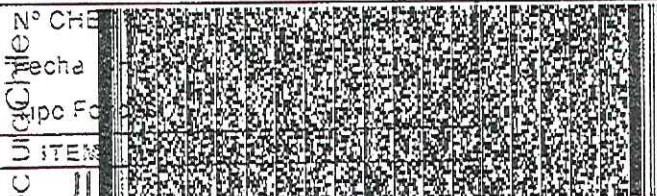
CANTIDAD	DESCRIPCION	DESCUENTO	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	0702003004 exámenes	0	5.810	5.810
1	0702004004 atencion ambulatoria (por atencion medica y otros profesionales a. : beneficiario de vuestra institucion).	0	45.680	45.680

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

SON: CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA pesos.-

MONTO EXENTO	51.490
TOTAL	51.490



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

TOTAL \$ 51.490.-

53211 95.050.0000 (9101)
21522 11 950 0050

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 : 23807 (1935343)
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. SA
Dirección : 18 DE SEPTIEMBRE N° 554
Fono : (45)634035

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

Paciente :
Parentesco : SI MISMO
Repartición : CAPITANIA DE PUERTO CARAHUE
Responsable :
Institución : ARMADA
NPI :
Pedita 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