

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° 0000012

S.I.I. - TEMUCO

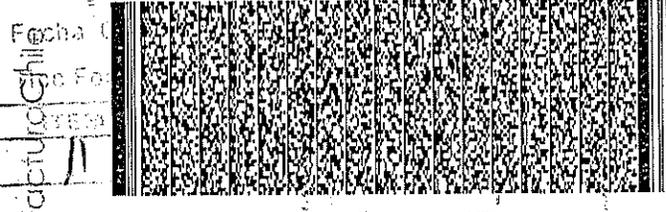
Fecha Emisión : 29 de Junio de 2017	R.U.T. : 61.102.025-2
Señor(es) : Hospital Naval Almirante Adriaola	Comuna : Talcahuano
Dirección : Michimalongo s-n Las Canchas	Contacto :
Provincia : Concepcion	Orden de compra :
Giro :	
Fecha Vencimiento : de de	

L

11 SET. 2017  
INGRESO FUENTES

CANTIDAD	DESCRIPCION	DESCUENTO	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1 <sup>2</sup>	0702004004 atencion ambulatoria (por atencion médica [redacted] beneficiario de vuestra institucion).	0	44.150	44.150
1	0702003004 exámenes y procedimiento	0	69.930	69.930
			MONTO EXENTO	114.080
			TOTAL	114.080

501572119800000  
CODIGO 501572119800000  
MONTO: CIENTO CATORCE MIL OCHENTA pesos.-



Nombre:  
Rut:  
Fecha:  
Reclito:  
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).

Timbre Electronico SII  
Res. 89 de 2014 - Verifique documento: www.sii.cl  
TOTAL \$ 114.080.-

53211 98 080 8880 (9301)  
21572 11 980 0080

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** : 24040 (1946598)  
**Validez** : Desde el 09/08/2017 al 08/09/2017  
**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] A  
**Parentesco** : SI MISMO  
**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
0000101001	5	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	44150	44150	0	0
0001701001	1	E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERIVACIONES Y 4 COMPLE-	13130	13130	0	0
0009920002	1	EXAMENES	56800	56800	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			114080	114080	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



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