

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

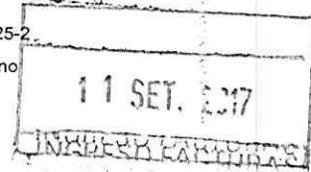
FACTURA NO AFECTA O EXENTA
ELECTRONICA

N° 0000017

S.I.I. - TEMUCO

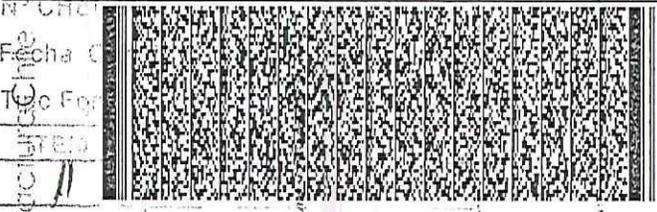
L

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	



CANTIDAD	DESCRIPCION	DESCUENTO	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	0702004004 atencion ambulatoria (por atencion medica y otros profesionales [redacted] beneficiario de vuestra institucion).	0	161.560	161.560
1	0702005004 medicamentos	0	5.741	5.741
1	0702003004 exámenes	0	42.150	42.150
			MONTO EXENTO	209.451
			TOTAL	209.451

SON: DOSCIENTOS NUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UNO pesos.-



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).

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

TOTAL \$ 209.451.-

53211.92.080.0000 (4601)
21572.11.970.0000

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 : 24041 (1946611)
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]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : PENSIONADO ARMADA CAPREDENA
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
Especialidad : MEDICO CIRUJANO

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

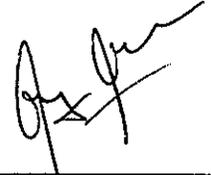
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101001	12	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	105960	79470	0	26490
0009920008	1	HONORARIOS MEDICOS	14010	10508	0	3502
0000101515	1	CONSULTA NUTRICIONISTA	13570	10178	0	3392
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	5741	0	0	5741
0009920002	1	EXAMENES	70170	52628	0	17542
TOTAL GENERAL :			209451	152784	0	56667

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.)
 JEFE SERVIDOR SANIDAD GOB. MARIT.VALDI