

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° 0000010

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	

11 SET. 2017  
 IMPRIMERIA ELECTRONICA

CANTIDAD	DESCRIPCION	DESCUENTO	PRECIO UNITARIO	TOTAL
1	0702004004 atencion ambulatoria (por atencion medica y otros profesionales a [REDACTED] beneficiaria de vuestra institucion).	0	136.955	136.955
1	0702005004 medicamentos	0	1.500	1.500
1	0702003004 exámenes	0	58.350	58.350

**EGRESOS**

CODIGO CURAP 2010

NO CHEQUE

Fecha Cheque

Tipo Fondo

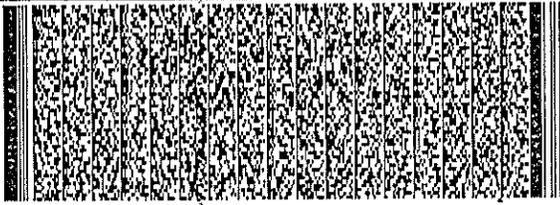
TOTAL \$ 196.805.-

53211 97.030.0000 (9101)  
 21622 11 999 2010

MONTO EXENTO	196.805
<b>TOTAL</b>	<b>196.805</b>

SON: CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CINCO pesos.-

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** : 24042 (1946615)  
**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] S  
**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
0000101001	8	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	70640	35320	0	35320
0000601001	1	EVALUACION KINESIOLOGICA: MUSCULAR, ARTICULAR, POSTURAL.	11470	5735	2867	2868
0000101515	2	CONSULTA NUTRICIONISTA	27140	13570	0	13570
0000101531	1	CONSULTA MATRONA	13695	6848	0	6847
0008000012	1	INSUMOS NO BONIFICADOS	1500	0	0	1500
0009920008	1	HONORARIOS MEDICOS	14010	7005	0	7005
0009920002	1	EXAMENES	58350	29175	20422	8753
<b>TOTAL GENERAL :</b>			<b>196805</b>	<b>97653</b>	<b>23289</b>	<b>75863</b>

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.)  
 JEFE SERVICIO DE SALUD GOB. MARIT.VALDI