



**DIAGNOSTICO CLINICA ALEMANA DE VALDIVIA LIMITADA.**  
Prestaciones Ambulatorias de Salud

Calle Beauchef 765 - Casilla 38 - A  
Teléfonos: (63) 246100 - 246282  
e-mail: facturacioncav@alemana.cl  
VALDIVIA-CHILE

**R.U.T.: 76.219.021-4**  
**FACTURA NO AFECTA**  
**O EXENTA ELECTRONICA**  
**Nº 18406**

S.I.I.- VALDIVIA

Fecha de Emision  
04 de DICIEMBRE de 2017

Señor (es) HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA	Telefono 41-2743183	R.U.T. 61.102.025-2	Fecha Venc. 03-01-2018
Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS	Comu / Ciudad Talcahuano -TALCAHUANO	Giro SERVICIOS MEDICOS	

POR LA ATENCION DE			Tipo paciente
Codigo Paciente Codigo no informado	Pieza- Cama	Desde el	Hasta el

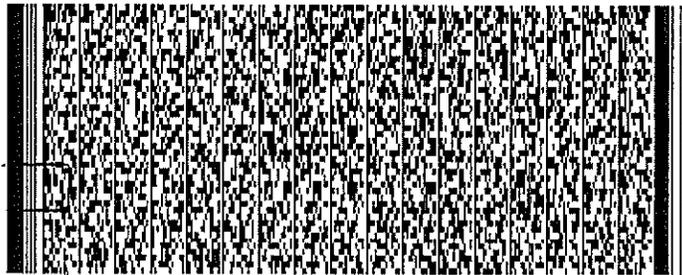
CC	Detalle	Sub Total	Exento
2	Exámenes y Procedimientos  <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 150px;">16 ENE. 2018 INGRESO FACTURAS</div> MOTIVO : Cobro de Atención Ambulatoria - Cobro por Atenciones en Convenio, en Servicio de Urgencias	14.061	14.061

SON: CATORCE MIL SESENTA Y UN Pesos

<b>Total Exento</b> 14.061	<b>Total Factura</b> 14.061
-------------------------------	--------------------------------

Emitido por: CAV\_CJARAM

Al pagar con cheque, sírvase hacerlo a nombre de cruzándolo y borrando las palabras "a la orden" y al "portador", sólo la cancelación de la factura original es válida.



Timbre Electronico SII  
RES.126 del 2012 - Verifique documento: www.sii.cl

11 ENE. 2018

53211.99.060.8800 (9101)  
21572.11 940 8060

<b>EGRESOS</b>		
CODIGO LU.RR 2010		
Nº CHEQUE		
Fecha CHEQUE		
Tipo Fondos		
ITEM	TAREA	MONTO
11		
TOTAL \$ 14.061		

**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** : 25157 (2000215)  
**Validez** : Desde el 13/12/2017 al 12/01/2018  
**Tipo** : AMBULATORIA

**A** : 76219021-4 DIAGNOSTICO CLINICA ALEMANA DE VALDIVIA LIMITADA  
**Dirección** : CALLE BEAUCHEF N° 765 - VALDIVIA  
**Fono** : 63 - 246100 - 246200

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

**Paciente** : [REDACTED]  
**Parentesco** : SI MISMO  
**Repartición** : GOBERNACION MARITIMA DE VALDIVIA  
**Responsable** : [REDACTED]  
**Institución** : ARMADA  
**NPI** : [REDACTED]  
**Pedida Por** : DR. CARLOS MUÑOZ HERNÁNDEZ  
**Especialidad** : MEDICINA GENERAL

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

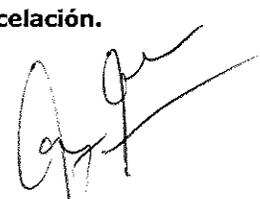
Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920010	1	IMAGENOLOGIA	14061	14061	0	0
<b>TOTAL GENERAL :</b>			14061	14061	0	0

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