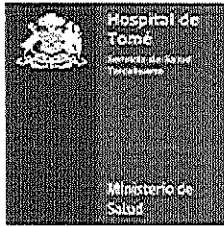


27.12.2017

DEPTO. ASISTENCIAL


**SERVICIO DE SALUD  
TALCAHUANO HOSPITAL DE**

Giro: HOSPITAL  
 MARIANO EGANA 1640- TOME  
 eMail : WALDO.SOLAR@REDSALUD.GOV.CL  
 Telefono : 41 2725026  
 TIPO DE VENTA: DEL GIRO

R.U.T.:61.607.201- 3

**FACTURA NO AFECTA O  
EXENTA ELECTRONICA**

Nº917

S.I.I. - CONCEPCION

Fecha Emision: 21 de Diciembre del 2017

SEÑOR(ES): SUBSECRETARIA DE MARINA HOSP NAVAL ALMIR  
 R.U.T.: 61.102.025- 2  
 GIRO: HOSPITALES Y CLINICAS  
 DIRECCION: MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS  
 COMUNA TALCAHUANO CIUDAD: TALCAHUANO  
 CONTACTO:  
 TIPO DE COMPRA: DEL GIRO

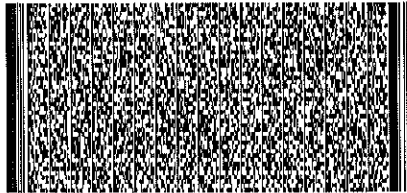
| Codigo      | Descripcion              | Cantidad | Precio | %Impcto Adic.* | %Desc. | Valor  |
|-------------|--------------------------|----------|--------|----------------|--------|--------|
| 07-02004004 | Consulta Médica Electiva | 1        | 9.730  |                |        | 9.730  |
| 07-02005004 | Medicamentos             | 1        | 490    |                |        | 490    |
| 07-02003004 | Exámenes                 | 1        | 14.145 |                |        | 14.145 |

ORDEN DE ATENCION  
 Paciente:

Pagos:

2018-01-21 \$ 24.365

Forma de Pago:Crédito



Timbre Electrónico SII

IMPUESTO ADICIONAL \$ 0  
 EXENTO \$ 24.365  
 TOTAL \$ 24.365

11 ENE 2018

Reg. 99 de 2014 Verifique documento: www.sii.cl

**EGRESOS**

CODIGO LU.RP 2010

Nº CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fondos

| ITEM | TAREA | MONTO |
|------|-------|-------|
| 11   |       |       |
|      |       |       |
|      |       |       |

TOTAL \$

24.365.-

53211.45.050.0000 (9001)  
 21522.11 440 0000

**ARMADA DE CHILE**

DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA  
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

**ORDEN DE ATENCIÓN**

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA  
Número : 101017 ( 2000398 )  
Validez : Desde el 13/12/2017 al 12/01/2018  
Tipo : AMBULATORIA

**A HOSPITAL DE TOME**

Dirección: EGAÑA Nº 1640 - COMUNA DE TOME

Fono : 2724950

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

Paciente : [REDACTED]  
Parentesco : CONYUGE  
Repartición : SIN REPARTICION  
Responsable : [REDACTED]  
Institución : ARMADA  
NPI : [REDACTED]  
Pedida Por : CLAUDIO PARRA DIAZ  
Especialidad :

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

| Código          | Cant | Descripción                                    | PRECIO | FOSAN | FOM/FOS | A Pagar |
|-----------------|------|------------------------------------------------|--------|-------|---------|---------|
| 401054          | 1    | BRAZO. ANTEBRAZO. CODO. MUNECA.<br>MANO. DEDOS | 14145  | 7073  | 4950    | 2122    |
| 101001          | 1    | CONSULTA MEDICA ELECTIVA                       | 9730   | 4865  | 0       | 4865    |
| 9920004         | 1    | FARMACOS O INSUMOS                             | 490    | 245   | 0       | 245     |
| TOTAL GENERAL : |      |                                                | 24365  | 12183 | 4950    | 7232    |

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut:61102025-2 Dirección  
MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .  
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Firma - Nombre - RUN  
Beneficiario

  
ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE  
CAPITAN DE FRAGATA SN  
SUBDIRECTOR CLINICO